

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1971

N° 127

THESE

pour le

DOCTORAT DE CHIRURGIE DENTAIRE

(3ème cycle)

par

Aimé BÉNILLOUZ

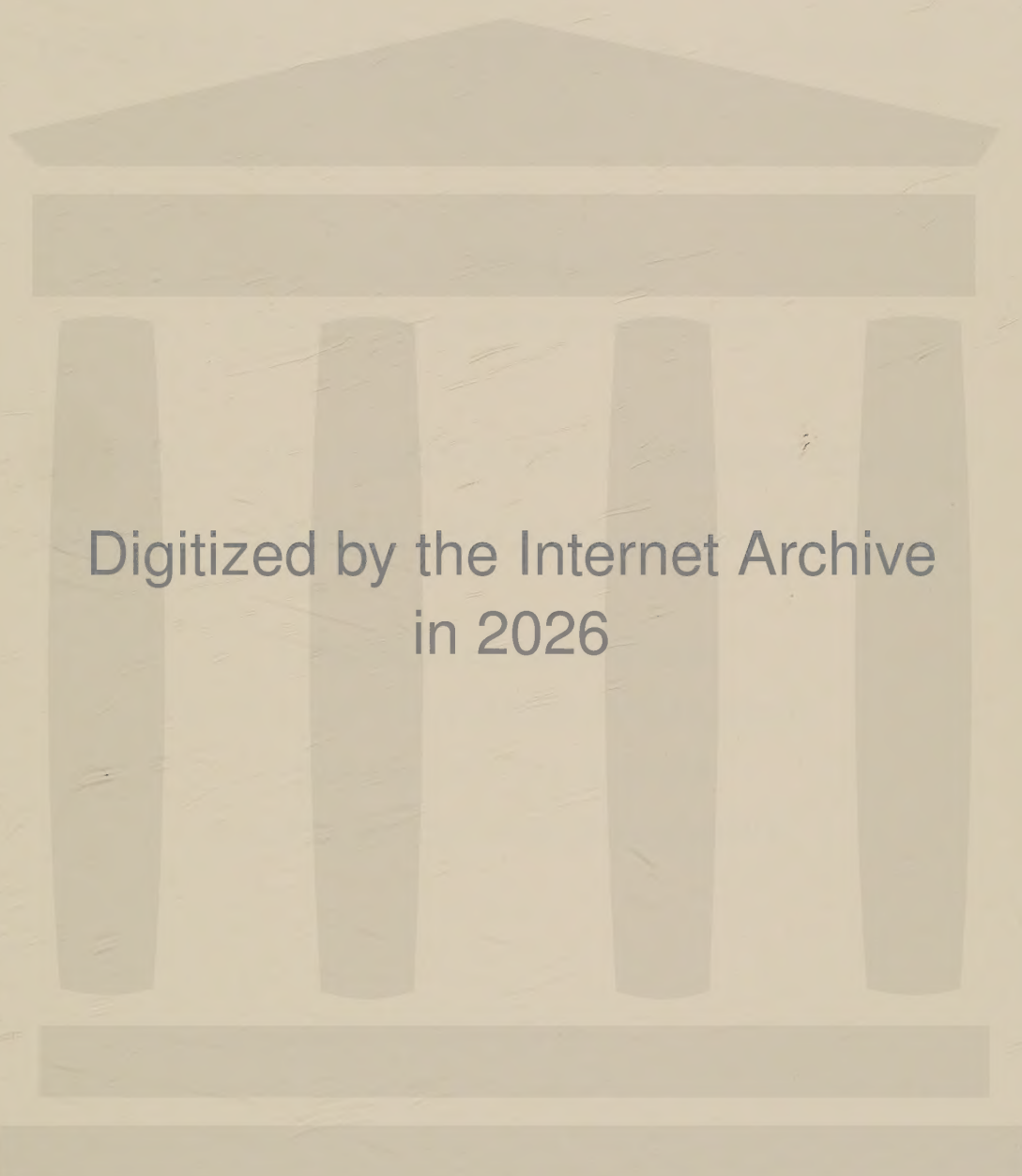
Né le 6 Juillet 1923 à MASCARA (département d'ORAN)

DU ROLE DE L'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE
DANS LA CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

A PROPOS DE LA PRESENTATION
D'UNE FICHE D'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE
POUR ENFANT D'AGE SCOLAIRE
PLACE EN INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

Présentée et soutenue publiquement le

Président : M. le Professeur CERNÉA



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543716_0016

THESE

pour le

DOCTORAT DE CHIRURGIE DENTAIRE

(3ème cycle)

par

Aimé BÉNILLOUZ

Né le 6 Juillet 1923 à MASCARA (département d'ORAN)

DU ROLE DE L'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE
DANS LA CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

A PROPOS DE LA PRESENTATION
D'UNE FICHE D'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE
POUR ENFANT D'AGE SCOLAIRE
PLACE EN INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

Présentée et soutenue publiquement le

Président : M. le Professeur CERNÉA

THESE

PAR

DOCTEURAT DE CHIMIE DÉTAILLÉE

CHIMIE

DE

PAR M. J. J. VAN DER WEGE

CHIMIE DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

CHIMIE DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

CHIMIE DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

CHIMIE DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

CHIMIE DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE



CHIMIE DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

CHIMIE DE LA CHIMIE DÉTAILLÉE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen Honoraire, Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine de Paris

Professeur G. BROUET

Secrétaire Général de la Faculté

M. J. LENA

Conservateur en Chef de la Bibliothèque

M. le Docteur A. HAHN

Conservateurs

Melles P. DUMAITRE
G. LE NOIR

Bibliothécaires

Mmes J. CONTET
FORGET
VALLIN
DEMANEE
Melles M. F. DUROZOY
D. ROBERGE
LE QUANG

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MA FEMME

Compagne fidèle
des bons et des mauvais jours

Epouse tendrement aimée

A ma MERE

A mon PERE et son Epouse

A mes PARENTS

sans qui rien n'aurait pu être,

A TOUS CEUX

Maîtres

Collègues

Collaborateurs

Confrères

Etudiants

Infirmières

Prothésistes

Documentalistes

Fournisseurs

et surtout Patients et Amis

OU A LEUR MEMOIRE

qui ont contribué à donner à ce travail
cette dimension humaine qui m'est si précieuse

A notre SERVICE du Samedi Matin

de Prothèse Clinique

de l'Ecole Dentaire de Paris

qui m'a procuré tant de joies profondes
et dont cinq des meilleurs éléments
m'ont apporté une aide directe
et très appréciée,

A l'Institution des ROSIERS

son fondateur

son directeur

ses responsables

son personnel

enseignant

et des services

ses enfants si attachants

qui m'ont permis de vivre un moment à leurs côtés
la grande aventure de l'amour de son prochain,

A mon Père Spirituel

Monsieur Claude PREVOST

Agrégé de Philosophie

Certifié de Génétique

Maître-Assistant

à la Chaire de Psychologie-Clinique de
la Faculté des Lettres et Sciences Humaines
Paris-Sorbonne

Titulaire : Madame J. FAVEZ-BOUTIONIER

Responsable de la Psycho-Pédagogie-Clinique
à l'intérieur de l'U.E.R. des
Sciences Humaines Cliniques
Paris-Sorbonne

dont l'immense savoir

la précieuse amitié

le constant appui

m'ont puissamment aidé

à mener à son terme

cette longue quête,

A Monsieur le Docteur J. DELIBEROS

Chirurgien-Dentiste

Docteur en Médecine

Professeur à l'E.N.C.D. de Paris

Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

A Monsieur G. -A. MONTEIL

7

Chirurgien-Dentiste

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur à l'E.N.C.D. de Paris

Membre de l'équipe de recherche 93 du C.N.R.S.

mes deux juges,

dont la bienveillance et l'amitié
ne se sont jamais départies à mon égard
depuis mes premiers pas
dans la carrière d'Enseignant,

A Madame J. FAVEZ-BOUTONIER

Agrégée de Philosophie

Docteur en Médecine

Titulaire de la Chaire de Psychologie Clinique
à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines
de Paris-Sorbonne

Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous apporter

l'appui précieux

de son autorité et de son soutien,

A Monsieur le Professeur P. CERNEA

Professeur de Clinique de Stomatologie
à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,

J ' E X P R I M E

M O N I M M E N S E

G R A T I T U D E

DU RÔLE DE L'OBSERVATION
PSYCHOLOGIQUE
DANS LA CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

A PROPOS DE LA PRÉSENTATION
D'UNE FICHE D'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE
POUR ENFANT D'ÂGE SCOLAIRE
PLACÉ EN INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

PLAN DE L'OUVRAGE

I	-	GENERALITES	Page 2
II	-	INTRODUCTION	Page 4
III	-	HISTOIRE D'UNE RECHERCHE	Page 9
		1 Eléments d'analyse institutionnelle.....	Page 12
		2 Symbolique de la dent.....	Page 15
		3 Etapes de la recherche.....	Page 19
		4 Portrait de trois enfants.....	Page 26
		5 Conclusion.....	Page 29
IV	-	ADDENDA	
		1 Quelques résultats dentaires et bio-morphologiques.....	Page I
		2 Quelques résultats bio-électroniques...	Page XII
V	-	ESSAI D'ELABORATION D'UNE FICHE D'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS PLACES EN I.M.P. : PLAN.....	Page 32
		1 Motivation	Page 33
		2 Ascendants	Page 37
		3 Situation familiale	Page 39
		4 Fratrie	Page 42

5	Antécédents personnels.....	Page 44
6	Morbidité personnelle.....	Page 48
	6-1 Préalable n° 1.....	Page 48
	6-2 Préalable n° 2.....	Page 50
	6-3 Préalable n° 3.....	Page 51
	6-4 Morbidité personnelle (fiche)....	Page 53
7	Niveau de la débilité.....	Page 55
8	Résultats scolaires.....	Page 55
9	Neuro-motricité.....	Page 57
10	Relations avec les adultes.....	Page 58
11	Relations avec les autres enfants.....	Page 60
12	Les névroses.....	
	11-1 Rappel.....	Page 62
	11-2 Fiche.....	Page 66
13	Distinction entre névroses et psychoses.....	Page 68
14	Evolution psychotique possible.....	Page 71
15	Les psychoses.....	
	15-1 Présentation.....	Page 72
	15-2 Les états aigus.....	Page 74
	15-3 Les psychoses chroniques.....	Page 75
	15-4 Remarque terminale.....	Page 77
	15-5 Quelques types de psychoses	
	15-5-1 Psychoses aiguës.....	Page 79
	15-5-2 Psychoses chroniques....	Page 82
16	Conclusion de la partie psychologique...	Page 85

VII - ETUDE CRITIQUE DE RAPPORTS

D'EDUCATEURS : PLAN.....	Page 93
1 Avant propos.....	Page 94
1-1 Le dossier de synthèse.....	Page 94
1-2 Des éducateurs.....	Page 95
2 Extraits intégraux d'un dossier.....	Page 98
2-1 Comportement.....	Page 98
2-2 Scolarité.....	Page 101
3 Rapport de l'éducatrice titulaire et, à travers lui, son propre comportement vis-à-vis de Francis.....	Page 103
4 Rapport de l'éducateur "tournant" et, à travers lui, son propre compor- tement vis-à-vis de Francis.....	Page 117
5 Rapport de l'éducatrice scolaire et, à travers lui, son propre comportement vis-à-vis de Francis.....	Page 125
6 En conclusion	Page 139

VIII - DE LA RELATION THERAPEUTIQUE

PLAN.....	Page 142
1 Préalable.....	Page 144
2 Nature de la demande.....	Page 147
3 Attitude du patient pendant le diagnostic.....	Page 154
4 Attitude du patient pendant les soins.....	Page 158
5 Eléments d'évolution.....	Page 162
6 Attitude du praticien	Page 164
7 En conclusion	Page 175

GENERALITES

LIEU : Institut Médico-Pédagogique des "ROSIERS"
LA SOUTERRAINE - CREUSE.

Médecin-Chef : Monsieur le Docteur Georges MARLAUD

Médecin Psychiatre : Monsieur le Professeur
Bernard CHAUDERLOT

Conseiller psycho-pédagogique : Monsieur Claude PREVOST

Psychologue résident : Monsieur Jacques BIROUST.

MATERIEL : Sur les 75 enfants que compte l'Etablissement,
examen d'une population d'une trentaine de sujets
(débiles moyens et légers) placés en institution,

INFORMATIONS :

a) dentaires, dirigées par

- Monsieur Lucien STIEGLER, Titulaire de la Chaire
de Dentisterie Opératoire à l'Ecole Dentaire de Paris ;
- Monsieur René GABRIEL, Titulaire de la Chaire
d'Agents Physiques à l'Ecole Dentaire de Paris,
ancien Directeur de l'E. D. P. ;
- et Monsieur Georges MONTEIL, Docteur en Chirurgie
Dentaire, Professeur à l'Ecole Nationale de
Chirurgie Dentaire de Paris (Ecole Odontologique),
Membre d' l'équipe de recherche 93 du C. N. R. S.

b) psychologiques, dirigées par Monsieur Claude PREVOST,
Agrégé de Philosophie ; Certifié de Génétique ;
Maître-Assistant à la Chaire de Psychologie-Clinique,
- Titulaire : Madame FAVEZ-BOUTONIER, de la Faculté
des Lettres et Sciences Humaines de Paris-Sorbonne - ;
responsable de la Psycho-Pédagogie Clinique à l'intérieur
de l'U. E. R. des Sciences Humaines Cliniques de Paris-
Sorbonne.

c) médicales, en particulier neurologiques, dirigées par

- Monsieur le Docteur Georges MARLAUD, Médecin-Chef
de l'Etablissement "LES ROSIERS" ;
- et sous le contrôle de Monsieur le Docteur
Bernard CHAUDERLOT, Neuro-Psychiatre, Professeur
Agrégé à la Faculté de Médecine de Limoges.

d) bio-électroniques, dirigées par

- Monsieur Louis-Claude VINCENT, Ingénieur E. T. P.,
fondateur de la Bio-Electronique, ancien Professeur
à l'Ecole d'Anthropologie de Paris, - Directeur :
Monsieur Louis MARIN - ;
- et Monsieur Gilbert THIAFFEY-RENCOREL, Ingénieur A. M.
et E. S. E.

BUT INITIAL :

- Etudier l'existence possible de rapports entre ces
différentes unités d'information.
- Rechercher les corrélations statistiques entre les
données cliniques et numériques fournies par ailleurs.

INTRODUCTION

La première entrevue avec notre directeur de thèse ayant fait ressortir une certaine confusion dans l'idée que nous nous faisons de son objet et de sa conduite, nous avons été amené à présenter à Monsieur le Professeur P. CERNEA des grilles d'investigation davantage précisées.

Le paradoxe d'une recherche scientifique est que, d'une part, elle doit paraître exclure toute idée préconçue et que, d'autre part, elle n'est cependant possible que dans la mesure où l'on a quelque idée de ce que l'on va trouver. Or, à l'origine de notre travail, nous mettions confusément en rapport trois disciplines, ou plutôt trois dimensions, sans pour autant prétendre au départ constituer ces trois dimensions en un espace homogène :

1) la dimension odonto-stomatologique, issue de notre pratique courante, à laquelle nous pouvions naturellement prétendre ;

2) la dimension bio-électronique, à laquelle nous étions sensibilisé à l'époque par la séduction qu'avait exercée sur nous un chercheur innovant en ce domaine, et par l'appareillage compliqué dont nous avions appris l'usage ;

3) la dimension psychologique, à laquelle nous adhérions progressivement, non sans quelque résistance, du fait de nos contacts avec un universitaire qualifié.

Ces trois dimensions nous paraissaient a priori pouvoir être non seulement conciliées, mais encore étayées l'une par l'autre. Ainsi :

- notre ingénieur bio-électronicien ne cachait pas que, selon

lui, certains éléments du comportement pouvaient être expliqués par les fluctuations des trois facteurs de base, à savoir le pH, le RH_2 et la résistivité (1) ;

- certains auteurs (exemple Madame ANZIEU) paraissaient considérer comme évident que les perturbations psychologiques devaient avoir une incidence dentaire ;

- enfin, notre universitaire psychologue, sans aller avec certitude jusque-là, se montrait disposé à penser que l'appareil dentaire devait bien être de quelque façon l'expression de symboles.

Une part importante des difficultés que nous avons et qui au demeurant devaient se révéler fécondes, tenait au fait que les trois dimensions épistémologiques en question étaient loin d'être cohérentes sur le plan de la méthode qu'elles imposaient. L'observation dentaire et l'observation bio-électronique sont semblables, en cela qu'elles sont spatiales, qu'elles s'appuient sur des appareils et que, la première probablement, la seconde assurément, peuvent donner lieu à des mesures et à des quantités. La troisième dimension, celle de la psychologie de type clinique, est d'un ordre tout autre. Ce que nous savons du rapport entre l'observation clinique en psychologie et la mathématisation des résultats nous incite à penser que, si une conjonction de cette observation et de ce langage est concevable, personne actuellement n'est, à notre connaissance, en mesure de la réaliser. Cependant, au début de notre recherche, nous jouions à deux types d'observations quantitatives contre un qualitatif, et nous avons pris le parti, d'emblée, de nous donner comme but de recueillir des observations absolument rigoureuses, objectives, indépendantes de celui qui les recueillait. Le fait que nous ayons peu à peu pris quelques distances à l'égard de la bio-électronique n'a pas modifié, dans les débuts, notre souci de rigueur quantitative. Cette distance d'ailleurs tenait moins à l'absence de rigueur de l'appareil et de son mode d'utilisation, qu'à la fragilité de la théorie sous-jacente à l'appareil lui-même,

(1). - mesurées à partir de la salive, de l'urine et du sang d'un individu ; une quatrième mesure est également préconisée lorsque le sang ne peut être pris : il s'agit du contact (les électrodes sont directement appuyées sur une muqueuse),

fragilité dont nous nous étions avisés par ailleurs et indépendamment de notre recherche, mais aussi du dedans de notre recherche elle-même (1).

Le premier chapitre de notre ouvrage relate longuement l'histoire tout à la fois d'un doute progressivement amplifié et d'une adhésion douloureuse, mais péremptoire, à la psychologie. On verra comment nous avons été amené par les circonstances mêmes de notre recherche et les problèmes très concrets auxquels nous avons été confronté, d'abord à constater qu'entre une procédure d'observation pratique, si rigoureuse fut-elle dans les intentions de ses auteurs, et l'observation idéale, il existait nécessairement un écart infranchissable ; que nul dans cette entreprise ne pouvait se prétendre un observateur parfait. Dans une seconde étape, nous avons dû nous convaincre que cette notion même d'observation parfaite, c'est-à-dire, à ce stade, spatiale et quantitative, pouvait être mise en doute : non seulement pour des raisons épistémologiques (peut-il exister une observation véritablement objective et qui conduise à la découverte d'un fait extérieur et indépendant de celui qui le découvre ou affirme à son propos ?), mais aussi pour des raisons pratiques : c'est ici que la place de la psychologie dans notre recherche s'est progressivement amplifiée ; c'est ici que nous avons rencontré, de par notre formation antérieure, les plus grandes résistances personnelles. En effet, même si l'on admet qu'une

(1). - Disons immédiatement que, à notre très grand regret - et ce d'autant plus que nous nous étions rendus acquéreurs d'un bio-électronimètre et que nous avons actuellement à notre actif plusieurs milliers de mesures - nous n'avons pu la retenir pour notre travail.

En dehors même des multiples raisons qui rendent impossible à nos yeux quelque exploitation statistique que ce soit, dans le domaine de la psychologie comme dans ceux de la bio-morphologie et de l'odontologie pure, nous nous sommes aperçu - un peu tard peut-être - que l'absence d'un prototype que nous qualifierons, si vous le voulez bien, de "normal" pour la circonstance, rendait vaine toute comparaison avec les autres enfants du même âge scolaire sur le plan de la bio-électronique.

Si nous ne désespérons pas cependant de pouvoir reconsidérer plus tard tous nos chiffres, afin de porter à la connaissance de la Profession le résultat de nos remarques ou de nos éventuelles découvertes, nous nous contenterons tout à l'heure de produire, sans commentaire, quelques uns des histogrammes portant sur l'urine, la salive et le contact relatifs à nos enfants de l'I. M. P. des Rosiers.

certaine valeur symbolique puisse psychologiquement être attribuée à la dent, il reste qu'une dent est une dent ; qu'elle peut être isolée de l'organisme puisqu'on peut l'extraire, lui substituer sans dommage une dent artificielle, pour le plus grand profit apparent du patient ; que l'on peut se croire en droit de réduire la pratique odonto-stomatologique au travail de la fraise sur l'émail ou la dentine ; et qu'en somme, l'univers théorique et pratique de ce qu'on pourrait appeler la culture odonto-stomatologique peut se ramener à l'anatomie et à la morphologie. Certes nous savions qu'il existe, et fort important, tout un horizon physiologique où la fonction dentaire l'emporte sur la réalité morphologique de la dent, mais nous ignorions jusqu'où cet horizon pouvait être reculé.

C'est alors que la procédure même de notre recherche, la critique que nous avons pu faire de nos propres observations spatiales, nous ont amené à concevoir que les fonctions physiologiques qui président à la constitution, à la conservation, puis à la perte de la dent, se perdaient dans un fond de fonctions beaucoup plus largement comportementales, c'est-à-dire psychologiques. Dès lors, nous avons osé nous abstraire de notre champ d'observation primitif - un I. M. P. de province pour garçons débiles légers et moyens - pour amorcer l'étude de ces phénomènes psychologiques qui accompagnent, et peut-être même davantage nourrissent, la morbidité odonto-stomatologique d'un patient comme la relation que ce patient va instituer avec le praticien qui le soigne.

Nous ne méconnaissons pas l'assistance que nous apporta tout au long de ce cheminement de pensée (Emile MEYERSON) et malgré les inévitables résistances, l'habitude que nous avons dès longtemps contractée de penser les phénomènes relatifs à la santé et à la maladie en termes homoeopathiques. Nous ne sommes pas sûr que le présent travail rende vraiment justice à cet aspect de notre formation. Le souci de ne pas disperser notre recherche en des directions multiples et apparemment divergentes explique notre relative discrétion à cet égard.

HISTOIRE D'UNE RECHERCHE

SOMMAIRE
=====

1	-	Eléments d'analyse institutionnelle	Page 12
2	-	Symbolique de la dent	Page 15
3	-	Etapes de la recherche	Page 19
4	-	Portrait de trois enfants	Page 26
5	-	Conclusion	Page 29

C'est en effet dans les Congrès Homoeopathiques que nous rencontrons habituellement le docteur Georges MARLAUD, Homoeopathe chevronné, médecin chef de l'Institut Médico-Pédagogique des Rosiers. Ce médecin avait un jour convié à l'un de ces colloques M. Claude PREVOST, Conseiller psychopédagogique de ce même établissement et, par ailleurs, Maître-Assistant à la Sorbonne.

Nous connaissions aussi depuis longtemps déjà M. Louis-Claude VINCENT, auteur de la théorie bio-électronique et corrélativement inventeur d'un appareil de mesures appelé par lui bio-électronimètre. Nous eûmes alors l'idée de mettre en relation MM. MARLAUD et VINCENT, en présence de M. PREVOST qui, avant d'être psychologue, était un philosophe des sciences et, à ce titre, fort à même de juger du bien fondé d'une méthode et d'une théorie. L'idée de procéder à une expérimentation sur la population d'enfants des Rosiers pouvait être envisagée à cette occasion.

Nous avons fourni à M. PREVOST quelques informations sur la Bio-Electronique, à la mesure de nos propres connaissances en ce domaine. L'originalité incontestable du bio-électronimètre de M. VINCENT consistait à rassembler "sous un même capot" trois appareils classiques : un pH mètre, un résistivomètre, ainsi qu'un appareil permettant de mesurer le pouvoir oxydo-réducteur, ou RH 2. On pouvait lire d'un seul coup d'oeil les trois facteurs sur un même cadran. Les problèmes paraissaient se poser au moment où l'on passait de la technique à la théorie, c'est-à-dire où l'on posait que les trois facteurs (pH, résistivité et RH 2) étaient de nature à expliquer à eux seuls la totalité de la structure d'une personnalité physique et psychique. M. PREVOST en particulier émettait des réserves devant cette prétention à réduire la totalité singulière d'une personne au seul jeu de trois

éléments simples. Les démonstrations qui furent faites lors de cette rencontre n'étaient pas sans signification, mais ne pouvaient à elles seules apporter la preuve de la légitimité d'une extrapolation théorique. M. PREVOST, en ce qui le concernait et sans nier la valeur d'expérimentation de l'appareil, persistait dans sa résistance à l'égard d'une utilisation de la bio-électronique en psychologie, pour ce qu'il y voyait de réduction mécaniste.

Quant à nous, odonto-stomatologiste, porté par formation à considérer d'abord l'organisme sous l'aspect d'une de ses parties - en nous excusant d'employer un langage spinoziste - et ne répugnant donc pas absolument à de telles réductions, nous pensions que la mise en corrélation de données odonto-stomatologiques et de données bio-électroniques pouvait donner lieu à une recherche intéressante et même, pour peu que les promesses se confirment, à une thèse de troisième cycle. L'appareil nous paraissait au demeurant comme un outil capable de nous fournir des valeurs quantitatives assurées, donc positives.

D'emblée cependant une difficulté devait se faire jour : M. PREVOST en particulier, mais aussi le Dr MARLAUD - lui-même vivement sollicité par son Educateur-Chef - posaient comme condition sine qua non à la conduite de notre expérimentation personnelle que le calme que chacun s'appliquait à faire régner dans l'établissement, le climat de sécurité excluant tout traumatisme, ne fussent pas rompus de son fait. Si nous avions alors jugé ces scrupules excessifs, nous aurions vite été détrompés. Certains enfants en effet se refusèrent si évidemment à se prêter aux examens que nous dûmes, à notre grand regret, abandonner à l'instant le projet de pratiquer celui du sang des enfants. C'était alors M. VINCENT qui s'interrogeait sur la valeur d'une utilisation rendue forcément partielle de sa technique d'investigation, et nous proposait très rapidement, au soulagement général, de remplacer l'examen du sang par la mesure du contact muqueux, sans dommage aucun - affirmait-il du moins à ce moment-là - pour la marche globale de l'expérimentation envisagée (1).

(1). - Ce ne sera que trois ans plus tard, au moment d'examiner la masse des résultats laborieusement accumulés, que cette interrogation de la première heure conduira M. VINCENT à se refuser à toute interprétation.

ELEMENTS D'ANALYSE INSTITUTIONNELLE

L'I.M.P. des Rosiers, situé à 4 kilomètres de la Souterraine, dans un domaine champêtre, n'a aucun mur d'enceinte. Il reçoit soixante-douze enfants d'âge scolaire (de six à quatorze ans) officiellement répertoriés "débiles moyens", avec cependant quelques débiles légers. Le Quotient Intellectuel de ces enfants est situé entre 50 et 75 et l'estimation doit être faite avant l'admission.

Les enfants subissent un apprentissage scolaire et sont pris en charge, en dehors des heures de classe, par des éducateurs de groupe. Les méthodes pédagogiques utilisées, pour être peu spectaculaires (on n'y applique pas "une méthode"), sont sans doute révélatrices de la présence d'un certain climat psychologique. Si les règlements de l'administration de tutelle obligent à recruter en fonction du Q.I., on ne s'hypnotise pas dans l'établissement sur cette valeur numérique. On n'éprouve aucune surprise à voir chez un enfant cette valeur monter en deux ans de 20 à 30 points. On fait bien davantage l'hypothèse qu'un déficit intellectuel, généralement associé à un retard scolaire, est moins le signe d'un manque congénital, donc irrémédiable, qu'un symptôme d'une perturbation affective de la personnalité. Ce trouble s'est exprimé sur les plans intellectuel et scolaire par suite de diverses circonstances plus ou moins traumatisantes dans l'histoire de l'individu.

Les troubles affectifs que l'on déclare souvent être simplement associés à la débilité, sont bien davantage posés ici comme la cause profonde de celle-ci. La rééducation consiste donc à rééquilibrer l'enfant globalement, la vie du groupe ayant autant d'importance dans ce processus que la vie scolaire.

Le climat d'investigation et d'intervention affectives concerne d'ailleurs, et inévitablement, la totalité du personnel de l'établissement.

Celui-ci tend à se constituer comme un groupe. Même si, pour l'observateur non averti, des tensions apparaissent à propos des statuts et des rôles des divers membres du personnel et si, de fait, elles existent, il n'en reste pas moins que l'effort pour les résoudre constitue la dynamique profonde de l'institution.

Dans ces conditions, les réserves émises par le conseiller psycho-pédagogique devaient se développer et prendre corps, à mesure de notre approche, tout en se diversifiant et en donnant matière à analyse.

En effet :

a) Ne pénètre pas qui veut dans un I. M. P.. Les enfants y sont l'objet de soins heureux - mais terriblement jaloux - de la part de la totalité du personnel, liguée a priori contre l'intrus : les éducateurs de groupe, les éducateurs scolaires, l'éducateur-chef, le psychologue résident, ainsi que le médecin-chef, le directeur et... le cuisinier. Nous n'avions pas affiché au départ, il est vrai, une intention strictement thérapeutique, et toute l'autorité de notre introducteur, le conseiller psycho-pédagogique même de l'Etablissement, était indispensable pour nous faire tolérer alors. Mais l'appui nécessaire de cette autorité n'était pas automatiquement favorable à notre entreprise.

b) Il nous a donc fallu justifier d'emblée vis-à-vis des responsables de l'Etablissement une recherche ne présentant à leur sens - à part peut-être la quête bio-électronique, bénéficiant d'une espèce d'aura magique - aucun intérêt immédiat pour les enfants, et qui risquait de semer toutes sortes de perturbations dans la marche minutieusement réglée de la maison avec, en filigrane, des conséquences imprévisibles pour les enfants, tant en durée qu'en profondeur. A certains égards en effet, il s'est trouvé des éducateurs pour penser - et peut-être à juste titre - que notre intervention pourrait être l'occasion, pour certains enfants, de nouer une relation d'autant plus fâcheuse qu'on la savait par avance exceptionnelle et sans lendemain. Il en a résulté pour nous la nécessité première et de tous les instants de nous faire aussi léger que possible, afin de rester à même de mener à bon terme notre travail, sans que pour autant soit rendue intenable la position de notre introducteur. Voilà pourquoi :

c) le choix, l'échantillonnage des sujets examinés n'a pas dépendu de nous, mais de la collaboration, tout à fait symbolique d'ailleurs, d'une

secrétaire écrasée de travail, ainsi que de l'équipe disponible. Ce qui justifie partiellement le fait que nous n'ayions pu obtenir dans le nombre -relativement petit- des enfants étudiés la possibilité d'une unité d'âge, par exemple.

d) le temps : nous n'avons pas osé arracher trop longtemps ces enfants, soit à la classe, soit au jeu, sans courir le risque précis :

- soit de les traumatiser, en développant à ce moment chez eux un sentiment de frustration ;

- soit de les valoriser outre mesure aux yeux des camarades non élus, susceptibles de considérer quant à eux la désignation des premiers comme un acte de favoritisme : ne les délaissait-on pas, en effet, pour s'occuper des autres ?

e) les modalités : les examens n'ont pu se dérouler selon des modalités, pourtant minutieusement établies préalablement. Un exemple : les éducateurs ont exigé que les enfants conservent leurs chaussettes, pour la photo en pied qui s'est faite dans les locaux des douches, sur un carrelage "froid" -nous étions en décembre, mais les locaux étaient fort bien chauffés- avec, pour résultat en ce qui nous concernait, l'impossibilité d'examiner la cambrure de la voûte plantaire.

Il nous souvient encore -autre exemple- de l'âpre discussion qui nous a opposé au psychologue ami sur le traumatisme risquant de résulter pour l'enfant d'une photographie en nudité totale, à l'instar -oh, combien modestement- de celles de W.H. SHELDON. En fait, la seule conservation du caleçon (nous avions conquis de haute lutte de pouvoir faire ôter le gilet de peau) a fini par vaincre les résistances quant au principe même de la photographie.

f) Nous ne citerons que pour mémoire seulement :

- les conditions matérielles extrêmement rudimentaires d'examen .

- ainsi que l'éloignement de notre lieu de résidence, ce qui n'était pas pour faciliter les choses.

En face de cette institution et prétendant s'y intégrer épisodiquement, on trouvait un odonto-stomatologiste, praticien mais aussi enseignant et soucieux de mener à bien une recherche. Le fait qu'il n'eût pas à effectuer lui-même des interventions, mais qu'il se proposât simplement pour

mission d'observer, pouvait lui donner bonne conscience en face de la suspicion et de l'inquiétude des membres de l'institution. Il s'aperçut vite que l'observation était une intervention d'un certain type et cette découverte apparaît rétrospectivement, elle aussi, comme fondamentale, car essentiellement psychologique.

A l'époque de notre première venue dans l'institution, légèrement antérieure, ainsi que le début de nos mesures bio-électroniques sur les enfants, au dépôt de notre sujet de thèse par devant Monsieur le Professeur P. CERNEA, nous étions disposé à nous croire compétent dans l'observation dentaire, de même que, si des appuis nous venaient, dans l'expérimentation bio-électronique. Pour ce qui est de l'observation psychologique, nous ne nous étions imposé d'emblée -et pour cause- aucune attitude. Notre tendance organiciste latente, le fait que sachions pouvoir ultérieurement disposer de dossiers médico-psychologiques des enfants, avaient induit une relative inconscience des phénomènes qu'allaient faire surgir immédiatement dans notre contact avec chaque enfant, les problèmes de ce dernier et notre attitude à son égard.

° °

Cependant, nous savions aussi que les phénomènes bucco-dentaires et les phénomènes psychologiques n'étaient pas sans rapports.

Certes, la résistance à la psychologie, phénomène aussi bien personnel que collectif et qui relève de ce que les psychologues appellent les mécanismes de défense du moi, est certainement plus forte en France que dans d'autres pays, les Etats-Unis d'Amérique par exemple.

D'autre part, la médecine française et les professions para-médicales restent encore très marquées par la tradition du XIXème siècle, que les psychologues appellent organiciste, pour ne pas dire, parce que cela entraînerait vraiment trop loin, matérialiste. Elles sont donc fondamentalement peu ouvertes à tout ce qui concerne les phénomènes mentaux.

Nous dirons aussi que la spécialisation, qui marque l'actuelle tendance en France -et bien qu'un léger renversement semble s'être amorcé- nous apparaît pour le moins facheuse.

Le médecin est organiciste, ce qui implique nécessairement que, pour lui, c'est l'organe qui est malade et non la personnalité du patient. Il est organiciste également en ce qu'il va s'attacher à ne soigner que cet organe malade précisément, et lui seul.

Mais, si nous définissons la psychologie, si nous disons qu'on ne saurait être psychologue qu'à partir du moment où l'on met en rapport un organe, ou un élément quelconque de la personnalité, ou un élément apparemment ponctuel du comportement, avec la totalité de la personnalité ou avec la totalité du comportement, il est certain que, dans cette perspective-là, on ne voit pas très bien quel rapport il pourrait bien y avoir entre cette psychologie, d'une part et l'Odontologiste que nous sommes, de l'autre.

Toute autre sera l'optique quand nous éclairerons notre auditoire en nous posant, non pas comme Homoeopathe, ce qui semblerait vouloir donner une très haute opinion de nous-même, mais tout simplement en qualité d'Hahnemannien. Et qu'est-ce que l'Homoeopathie, si ce n'est une médecine de l'homme total, pour laquelle un trouble, même ponctuel, et si ponctuel et si limité qu'il puisse être, est un signe -qu'il ne faut pas considérer seulement en lui-même, un emploi qui le limiterait à l'organe en question- qui désigne l'appartenance du sujet tout entier à un type, à une constitution, en un mot à quelque chose de plus complexe, et nous ne croyons pas d'ailleurs, à cet égard, que l'Homoeopathie ait dit son dernier mot.

La dent est bien effectivement un organe, et même un organe d'un genre assez particulier. Dans le vécu des sujets, elle est assimilée plus ou moins confusément aux phanères : sinon aux cheveux, mais certainement aux ongles, avec lesquels elle présente une affinité tout à fait élective. Dans tous les cas, la dent passe un peu pour un corps que l'on sait bien n'être pas mort, puisqu'elle est nantie "d'un nerf" qui la rappelle à nous, mais que l'on peut "tuer" sans que l'on en meure soi-même pour autant. On peut d'autre part extraire cette dent et la remplacer par une "fausse". Pour le commun des patients, la dent se présente donc bien comme un corps -un peu étranger.

Il n'est que de les entendre parler de leurs dents. On ne nous dira pas : je suis malade, mais j'AI une carie, l'auxiliaire "avoir" marquant

de la sorte une espèce d'appartenance : on a une dent malade, comme on pourrait avoir un caniche ou une maison. La dent (1) est quelque chose qui n'est pas entièrement soi, c'est une chose dans laquelle il semble que l'on ne se reconnaisse guère.

Cela ne veut pas dire que le sujet limite la conscience qu'il a de la dent à l'accomplissement d'une simple fonction masticatoire. Il est bien connu que, dans la civilisation contemporaine, la dent revêt en particulier une signification esthétique.

La réglementation même de la Sécurité Sociale, pourtant sourcilleuse en d'autres domaines, admet l'importance esthétique de la denture, au moins pour les personnes qui sont au contact avec le public. La publicité, pour les pâtes dentifrices par exemple utilise naturellement cette même motivation.

La perte d'une dent permanente apparaît comme irrémédiable. On peut faire une prothèse, mais il reste qu'on n'aura plus jamais la dent

(1). - Nous voudrions nous expliquer sur l'usage que nous faisons constamment d'un certain terme qui ne surprendrait sans doute pas le profane, mais qui pourrait paraître trop naïf au lecteur averti, et davantage encore au spécialiste. Nous parlons en effet fréquemment de "LA DENT", sans préciser s'il s'agit d'une incisive, d'une canine, ou d'une molaire ; si elle est en haut, en bas, à gauche ou à droite. Ce concept très général de "LA DENT" n'est guère justifié au regard de la science odontologique contemporaine, qui a accumulé tant de connaissances particulières sur chaque dent étudiée séparément, qu'elle en est venue à passer sous silence, sinon à oublier, les caractères propres à la dent en général dans l'organisme. Or, la perspective psychologique consiste dans le refus d'envisager un élément, en tant que tel, de l'organisme ; à l'isoler des autres éléments et du tout. Bien mieux, il s'agit pour un psychologue de comprendre la signification et la symbolique de l'élément par le rapport que cet élément entretient avec le tout de l'organisme, et même avec la totalité de l'environnement spatial et temporel dans lequel cet organisme se déploie. Eu égard à ces principes, il est certain que la différence entre l'incisive et la canine s'estompe et qu'apparaît "LA DENT" en général, avec des fonctions où la mastication spécifique de tel type d'élément s'intègre dans un ensemble qui comprend : la morsure, c'est-à-dire l'agressivité ; le sourire ; la virilité ou la féminité ; la jeunesse ou la sénilité, etc...

Dans cette perspective, nous espérons que l'usage de l'expression générale de "LA DENT" nous dispensera de certaines concrétisations minutieuses dont nous ne sommes pas sûr qu'elles soient fécondes dans l'ordre de nos recherches.

d'origine. Il est impossible de ne pas penser que la perte d'une dent permanente symbolise l'acheminement du sujet vers la mort. Il en va de même pour la simple dépulpa-tion. La crainte de la mort se confond avec le sentiment de l'irré-médiable. La présence même d'une prothèse dans la bouche est sans doute vécue par certains patients comme une aliénation fondamentale, comme un consentement partiel au cadavre, au fossile : la bouche antici-pe sur eux. On peut même conjecturer que le rejet, ou du moins le refus, de certaines prothèses, se confond avec le rejet, ou le refus, d'une manière de mascarade macabre, dont l'apothéose serait "le dentier".

L'imagerie de la Mort consiste bien en la représentation d'un squelette armé d'une faux et ricanant de dents hypertrophiées.

C'est que les dents, comme la faux, coupent, c'est-à-dire castrant. En tous cas, les dents sont l'expression d'une agressivité. L'animal mord pour tuer, ou du moins pour vaincre. Chez l'homme même, l'amour se mêle de haine ; aimer, c'est embrasser, c'est-à-dire mordre et dévorer ; si l'on admet que l'ambivalence des sentiments est à la base de l'affectivité, la dent est l'expression même de cette ambivalence : la première dent est pour l'enfant l'occasion de mordre le sein de cette mère pour laquelle cependant il est tout amour. Et si la première zone de plaisir est la bouche, la première dent apparaît à la fois comme ce qui peut faire obstacle au plaisir du sujet lui-même, et comme ce qui peut faire surgir, du dedans de l'amour, la haine ou du moins la destruction.

L'onychophage est sans doute un nerveux et un anxieux. Mais son anxiété prend une expression particulière : il détruit, avec un outil d'agressivité - les dents -, un autre outil d'agressivité - les ongles, ou si l'on veut, les griffes - ; il auto-agresse par deux fois son agressivité. Il se castré lui-même, et exprime d'abord son doute devant son incapacité à "mordre" le monde.

La conjonction de ces divers symboles permettrait à celui qui accepte l'importance d'une sexualité archaïque, de reconnaître dans la dent l'expression des conflits que cette sexualité ne manque pas de faire surgir. Pour qui serait réservé devant cette théorie anthropologique, la dent devrait apparaître, à tout le moins, comme le symbole de l'affirmation de soi et comme un objet privilégié dans la compétition vitale.

Peut-être retrouverons nous ces réflexions que nous nous étions faites sur la symbolique de la dent et constituaient à l'époque comme une espèce d'îlot de pensée indépendant de ce qu'était dans la Creuse notre activité de recherche. Ce sont les avatars de cette recherche, les contradictions que nous avons rencontrées dans cette pratique, l'importance que peu à peu nous avons dû accorder aux réactions des enfants devant l'homme qu'ils savaient être un odonto-stomatologiste , qui nous ont amené à rapprocher ces difficultés mêmes des symboles que nous avons dès l'abord formulés et, du même coup, qui nous ont conduit à orienter la totalité de notre travail dans un sens résolument psychologique. Peut-être retrouverons-nous ces mêmes difficultés et la même solution à ces difficultés lorsque nous envisagerons de créer une fiche d'observation à l'usage des praticiens.

°
° °

A ces débuts de nos travaux, nous étions avant tout confronté à des problèmes techniques d'observations. Pour être plus précis, nous effectuions dès 1966 des mesures bio-électriques (1) que nous tâchions de faire aussi rigoureuses que possible, et nous y ajoutions spontanément, pour ce premier séjour, un examen bucco-dentaire, du type de ceux qu'un praticien consciencieux effectue habituellement dans sa pratique, avec constitution de la fiche classique.

Les résultats étaient de toute manière trop minces pour être utilisables dans une étude sérieuse et pour nous amener à donner déjà plus de consistance à l'hypothèse de travail dont nous esquissions seulement les contours, mais toujours sans but défini. Pour éviter de donner à cette hypothèse de travail le statut d'une idée préconçue et pour répondre de la sorte au vœu exprimé au départ par notre directeur de thèse, nous étions astreint à stocker simplement les résultats bio-électroniques,

(1). - Mesures continuées en 1967 et en 1968 avec un certain nombre de ces enfants et reprises sur d'autres. Les difficultés du choix des sujets expliquent que nous n'ayons pu retrouver, au cours des mesures successives, le même échantillonnage, ce qui ôtait de ce fait un peu de son intérêt à l'étude comparative des facteurs pH, RH 2 et résistivité pour un même enfant.

sans procéder à la moindre confrontation des données et encore moins nous essayer à la plus timide interprétation.

Nous nous étions donc imposé cette attitude pour règle, nous proposant d'effectuer toutes les démarches autresque l'observation directe des enfants une fois quittés définitivement les Rosiers et dans le calme réconfortant de notre cabinet de travail.

Ce dont nous étions le plus satisfait c'est d'avoir pu constater que peu à peu les réserves, pour ne pas dire davantage des membres de l'institution, se levaient ; que les enfants venaient de plus en plus joyeusement détendus en notre présence ; et que notre intérêt pour eux, en dehors de tout impératif méthodologique, se confirmait.

°

° °

Il fallait en tous cas perfectionner l'examen bucco-dentaire. Ce fut pour nous l'occasion d'élaborer un protocole d'observation, que nous avons construit aussi rigoureux que nous pouvions le concevoir et dont nous nous permettrons peut-être de joindre en appendice quelques exemplaires.

D'autre part, dans le souci d'obtenir le maximum de données dans le minimum de temps, c'est-à-dire pour éliminer les variables qui pourraient interdire de considérer comme équivalentes les observations échelonnées sur un trop grand laps de temps, nous nous sommes assuré pour notre second séjour aux Rosiers le concours amical de cinq camarades de promotion, praticiens qualifiés et collaborateurs de notre Service Clinique.

Plusieurs réunions de travail nous ont réunis à Paris tous les six, au cours desquelles nous avons élaboré notre plan de bataille et nous nous sommes partagés les rôles :

- 1) J. D. et R. D. se chargeront des empreintes ;
- 2) Cl. G. et E. S. feront les examens dentaires et les radiographies ;
- 3) R. E., particulièrement compétent pour tout ce qui est de la photographie et du cinéma, se charge de ce domaine ;

4) nous-même nous étant réservé la poursuite des mesures bio-électroniques et la manipulation de notre bio-électronimètre personnel, appareil extrêmement délicat et fragile (1) nécessitant d'une part des compétences particulières - que nos collaborateurs n'avaient d'ailleurs pas acquises - et d'autre part une continuité, ces examens faisant suite à d'autres et devant être poursuivis.

La vérité oblige à dire que, si le présent chercheur a veillé particulièrement à l'organisation matérielle de l'expédition, il n'entraînait pas dans ses possibilités d'empêcher le côté un peu folklorique et partie de campagne d'être entièrement étranger au comportement de chacun. De plus, et une fois les rôles distribués et nettement délimités, il ne pouvait décemment pas davantage exercer sur eux, en cours de travail, des "contrôles" risquant de se révéler tout aussi inélégants que par ailleurs inutiles.

La répartition même des locaux affectés à chaque équipe n'était en rien favorable à l'adoption éventuelle de semblable attitude. En effet, la photographie se faisait dans la salle de douches, au sous-sol ; la prise d'empreintes ne pouvait avoir lieu que dans le cabinet dentaire, parce qu'équipé d'un fauteuil et d'un crachoir ; les mesures bio-électroniques également d'ailleurs, cette pièce étant la seule de l'établissement nantie à la fois d'une paillasse, de la force, de l'eau et d'un bureau ; les examens dentaires enfin se déroulant dans le bureau du médecin-chef, c'est-à-dire géographiquement tout près de nous, mais encore trop loin pour que notre visite ne ressemblât pas trop évidemment à ce contrôle mis hors de question tout à l'heure.

Mais voici qu'en effectuant à la fin de notre séjour un classement mécanique des fiches d'observations dentaires récemment constituées avec celles recueillies par nos soins l'année précédente à la même époque, nous sommes tombés tout à fait accidentellement donc sur ce que nous appellerions aujourd'hui une discordance de notation, mais qui nous est apparue à ce moment-là comme une erreur d'observation. Rien de très grave au reste, une simple erreur de transcription, une

(1).- La rupture accidentelle d'une précieuse électrode entraînant sa mise hors d'usage - en fin d'expérimentation et de notre fait fort heureusement - devait nous confirmer par la suite dans la justesse de la répartition des attributions de chacun.

dent absente en bas et à gauche étant mentionnée en position de bas et de droite. Comme nous avons la possibilité de faire venir l'enfant intéressé, nous pratiquons un examen rapide, qui nous permet immédiatement de nous confirmer dans nos constatations de l'an passé. Le doute s'étant glissé en nous, nous décidons aussitôt de prolonger notre séjour, après le départ de nos collaborateurs, autant qu'il serait nécessaire pour effectuer tous les contrôles qu'une autre découverte du même genre aurait pu rendre souhaitable.

Une rapide et discrète enquête avait conditionné notre attitude, par la prise de connaissance du fait suivant : c'est le douloureux impact produit sur l'un des deux préposés à l'établissement des fiches cliniques d'observation dentaire par la lecture, sur le dossier du jeune Jacques L. D., de la profession du père du garçon qu'il examinait, à savoir médecin. Ce précieux collaborateur, notre adjoint dans le Service et sur qui, pour cette raison, nous avions laissé reposer la pleine et entière responsabilité de ces examens, homme très sensible et père de famille protecteur s'il en est, en est demeuré figé sur son siège, littéralement frappé de stupeur : Eh quoi ! pareille chose pourrait donc arriver également à l'un de ses enfants ?

En un premier temps, nous avons alors procédé à la confrontation des résultats récents avec les résultats plus anciens, en nous contentant de placer sur la table les deux fiches l'une à côté de l'autre. Nous avons pris la précaution d'utiliser des fiches sur lesquelles le schéma figurait les dents permanentes ET les dents temporaires ; nous étions également convenus d'un certain mode de codification qui nous était propre, ce qui permettait de matérialiser uniformément les observations ainsi réalisées et de déceler, ipso facto, les moindres discordances d'un simple coup d'oeil. Il s'en trouva fort peu et s'il était légitime d'un point de vue matériel, devant une contradiction entre les observations faites à un autre moment par quelqu'un d'autre, de penser que l'un des deux se trompe, il fallait pouvoir imputer efficacement cette erreur à l'une des deux parties. C'est donc tout à fait spontanément que l'auteur de ces lignes - aidé par moulages des arcades placés en occlusion, ainsi que par les radiographies-

devait, institutionnellement parlant (1), les attribuer "aux autres", en un premier réflexe fort heureusement vite réprimé. Lui-même, travaillant dans ces mêmes conditions rudimentaires, ces positions impossibles, avec ce matériel défectueux, cet éclairage frontal dont les scyalitiques modernes nous ont déshabitué depuis longtemps, un mode de codification inhabituel enfin, aurait-il fait mieux ? N'aurait-il pas plutôt commis autant, sinon davantage d'erreurs, puisque plus impliqué ? Nous laissons volontairement de côté ici la question du dépaysement, et nous avons donné tout à l'heure une incidence du psychique sur les examens qui nous permet de ne pas nous appesantir momentanément sur cet aspect du problème. De même, nous allons nous contenter de voir de quelle manière les faits observés pouvaient être retranscrits sur les fiches d'observation spécialement conçues à cet usage,

(1). - Par référence à l'Ecole Dentaire de Paris où, se trouvant être le supérieur hiérarchique des autres observateurs, il découvre dans cette hiérarchie même une raison supplémentaire de juger que ce sont ses collaborateurs qui se trompent, et non pas lui.

Un minimum de réflexion induit cependant à juger que rien n'autorise a priori à considérer, sur le terrain, cette hypothèse comme absolument vraie. Le subordonné peut très bien avoir fait une observation exacte, le chef de service une observation fausse. Rien n'autorise à penser que le second à toujours raison.

La question devient alors la suivante : si deux observateurs ont fait chacun une observation et que les deux observations apparaissent comme contradictoires entre elles, existe-t-il un arbitrage, soit d'une tierce personne, soit d'une autre technique ? Va-t-il falloir aller à l'infini dans la recherche de l'arbitrage ? Les conditions d'une observation supposent-elles qu'il puisse y avoir observation définitive, absolue et totale d'un fait ?

sans nous enfoncer dans les abysses que constitue le concept de fait lui-même (1).

Il fallait avant tout pallier l'absence physique de l'enfant de telle sorte que le fait relevé puisse être comparé, autant de fois que nécessaire, avec son énoncé original.

(1). - Qu'est-ce qu'un fait ?

Nous ne prétendons pas pour autant dire qu'aucune science n'existe, ni qu'il n'existe pas de fait. Cependant, il n'est pas certain que la notion de fait soit aussi claire et évidente que la tradition positiviste - celle de LITTRE plutôt que celle d'Auguste COMTE - le soutient. Un fait n'est pas une émergence de la nature, ou une proposition que la nature fait à l'homme, qui l'accueillerait telle qu'elle est. On a souvent distingué le fait brut du fait scientifique, et cette distinction a donné lieu à bien des débats scolaires. Mais on peut se demander à la vérité s'il existe des faits bruts, si cette notion est concevable. Un fait n'existe que pour autant qu'il est remarqué, enregistré ; ensuite, naturellement, élaboré, interprété sur ce chemin qui conduira à la théorie. Mais nous disons bien qu'il faut qu'il soit d'abord remarqué, et remarqué par un savant, porteur, qu'il le veuille ou non, de tout un savoir antérieur, et d'un savoir qui fait de lui précisément un expert. Le fait n'est pas ce qui est reconnu par tous les hommes, mais par ces quelques personnes qui se prévalent du titre de savant. Le fait n'existe que pour une observation, c'est-à-dire en réponse à une question. Au demeurant, le fait n'existe qu'à s'il est recueilli. Certes parfois aujourd'hui, l'enregistrement - cinématographique par exemple - permet de recueillir le fait sans apparemment le modifier. Cependant, on sait bien que les chercheurs modernes n'ont jamais assez de scrupules dans l'utilisation qu'ils font de la photographie, dans le soin qu'ils prennent à recueillir un document archéologique entre autres. Nous répétons que personne d'ailleurs en ce domaine ne pourrait présenter une observation parfaite. Mais, dans la plupart des cas, recueillir un fait, c'est verbaliser ce fait, c'est parler à son propos, c'est travailler sur lui de manière à le mettre en langage. Dans la plupart des cas ce langage est le langage mathématique.

Sans doute pourrait-on penser que des faits apparaissent et s'imposent alors qu'ils sont en contradiction avec la science antérieure. Mais rien n'est moins certain. Il existe une psychologie, et il existe aussi une parapsychologie. Certains assurent que, dans ce domaine, il existe des faits. Les psychologues, ou du moins ceux des psychologues qui essaient de les aborder, le font avec leurs scrupules, leurs méthodes, leur langage et, du coup, les faits en question s'évanouissent (dit pour les tables tournantes, la transmission de pensée, etc...). Un fait nouveau, étrange, en contradiction avec la science antérieure, n'est admis comme fait qu'à partir du moment où l'on a trouvé la théorie susceptible de synthétiser les faits antérieurs et le fait nouveau. Jusque là, il existe toujours un raisonnement pour démontrer que le fait a été mal observé, qu'il s'agit d'un artefact... On sait bien, par exemple, que les perturbations d'Uranus furent considérées comme des erreurs d'observations jusqu'à ce que LE VERRIER ait exposé l'hypothèse de l'existence d'une autre planète, qui le conduisit à la magnifique découverte de Neptune.

Toutes les notifications étant faites à haute voix, il suffisait de fixer cette voix sur une bande magnétique pour ne plus rien perdre ou déformer de l'observation. Un micro de magnétophone placé dans le crachoir, de telle sorte que l'enfant n'ait pas son attention détournée par lui, nous permit d'apporter une solution à ce problème.

Nous avons en effet repris personnellement tous les examens dentaires quatre mois plus tard, - en les assortissant d'ailleurs d'un certain nombre de mesures anthropologiques - à l'occasion des vacances de Pâques, ce qui devait se révéler, toujours après coup, entièrement profitable et souvent révélateur, du point de vue de l'évolution de la dentition plus particulièrement. Nous étions cette fois aguerri, suffisamment outillé, bien éclairé, convenablement installé. Notre fidèle et habituée collaboratrice de toujours se charge de transcrire les observations que - microphone oblige - nous détaillons à l'extrême, suivant un ordre rigide d'observation, selon un plan minutieusement préréglé.

Nos vacances se passent à retranscrire mot après mot, intonation après intonation, silence après silence, l'intégralité du contenu de la bande, depuis l'accueil de l'enfant jusqu'à ce qu'il ait eu quitté la salle d'examen. Voici les résultats de ce travail :

1) Quelques erreurs de transcription avaient réussi à se glisser tout de même sur les fiches, qui furent assez aisément identifiées : la contre-épreuve se révélait positive.

2) Mais surtout des erreurs d'appréciation (dans le degré de profondeur d'une carie par exemple), apparaissaient nettement, à la radiographie, ou par confrontation avec les moulages.

Ce n'est pas au fond être sceptique que d'être réaliste, que d'admettre, comme beaucoup de philosophes modernes des sciences, que la science est une langue bien faite. C'est un langage, une certaine manière dont certains hommes expriment le monde, l'expriment rigoureusement, c'est-à-dire selon certaines normes qu'ils reconnaissent entre eux comme valables. Il ne faut pas croire que la science est une prise d'empreintes sur le monde. Le réalisme de cette attitude peut heureusement se doubler d'un réalisme pratique. L'essentiel est que le langage de la science soit applicable et qu'il réussisse et notamment dans les domaines médical et paramédical, il est probable qu'il n'y a là comme ailleurs que des théories sur des faits élaborés : l'essentiel est cependant que l'on soulage le malade. "Il n'est pas impossible de penser que, parfois aussi, l'on guérit un malade avec une théorie fautive".

En respectueux et fidèle héritier du XIX ème siècle amoureux du spatial, nous nous sommes dit alors, refusant d'accepter nos defaillances pour elles-mêmes : si nous avions pu opérer dans les conditions idéales, matériellement, techniquement, institutionnellement (se rapportant cette fois à l'I. M. P. des Rosiers) parlant, aurions-nous pu vraiment dresser un bilan absolument exact, faire un examen parfait ? N'y avait-il pas quelque part une autre dimension qui nous échappait ? Nous sentions confusément que nous brûlions, que nous étions tout près de ce que nous cherchions. Mais nos seules connaissances ne nous permettaient toujours pas de l'atteindre. Il ne nous restait plus qu'à retourner obstinément aux documents que nous possédions, en particulier au document vivant, humain, relatant la série d'examens : la bande magnétique.

Et c'est alors que l'immédiateté du psychologique nous apparut à travers son écoute. Tout ce que nos yeux ou nos oreilles avaient écarté de notre champ d'observation pour ne laisser filtrer que les faits matériels nous préoccupant exclusivement alors, dans une tension uniquement conditionnée par la spère oro-faciale, éclata joyeusement à notre esprit. Les enfants vivaient à nouveau leur passage sur le fauteuil. Nous les retrouvions entrant, saluant, s'asseyant, s'agitant, se taisant, questionnant, s'en allant avec leurs joies, leurs peines, leur angoisse, leur curiosité, leur désir de se montrer coopérant ou au contraire leur besoin de s'afficher désagréables.

Nous ne résisterons pas au plaisir d'évoquer pour vous trois de ceux dont le souvenir a jailli en nous avec un maximum d'intensité.

PATRICE, 11 ans. - Petit, râblé, donne l'impression d'être musclé. Se présente dans l'embrasure de la porte à demi ouverte, balaie du regard le cabinet, insiste sur le fauteuil, l'appareillage, la fraise, me regarde furtivement, comme en passant et comme pour me signifier que je ne compte pas plus qu'un objet technique, ni plus, ni, à la vérité, moins inquiétant.

Je l'invite à entrer, lui désigne le fauteuil.

Il entre en effet, mais me bouscule quelque peu, se précipite à la fenêtre, secoue l'espagnolette, et regarde au dehors avec une âpreté rageuse. "Les autres vont sortir".

Je réplique qu'il ira jouer lui aussi, mais il tape du pied, secoue

l'espagnolette. J'insiste : "Dépêche toi".

Il se détourne de la fenêtre, danse d'un pied sur l'autre, s'éloigne du fauteuil, s'approche de la porte, l'air de rien, se tourne brusquement vers le micro et demande : "C'est pourquoi faire ?".

Tape dessus avec sa main, puis, l'instant d'après, se prend le ventre et dit : "J'ai mal".

De fait, il est pâle.

Je lui dis "Assieds toi, cela va passer" en lui désignant le fauteuil.

Il s'y met, détend sa tête, ferme les yeux. C'est à croire qu'il dort.

Je m'approche, mon miroir à la main.

Il se relève à demi, regarde dehors, et dit "Ils vont sortir", puis "J'ai mal".

Je prends le parti de lui raconter une histoire, que j'ai vu un de ses camarades hier, qu'il m'a parlé de son chien, de ses vaches.... Je dis un peu n'importe quoi.

Je touche ses lèvres avec le miroir, il ouvre la bouche, je fais l'examen dans des conditions satisfaisantes. Tout se passe comme s'il ne s'apercevait de rien, une manière d'anesthésie psychologique.

Je glisse les informations que je recueille à l'usage de mon assistante à l'intérieur du récit imaginaire que je continue à débiter d'une voix aussi expressive. Il ne s'aperçoit de rien. Je lui dis : "C'est fini". On dirait qu'il se réveille et part en courant, sans même me dire au revoir.

JEAN-CLAUDE, 13 ans. - Grand, gracieux, soigné, il attend sagement. Il est assis dans le vestibule, feuilletant des lettres serrées les unes contre les autres comme reliées.

Je l'appelle.

Il regarde autour de lui, comme pour voir s'il n'y a pas d'autres enfants, se désigne du doigt d'un air interrogatif, plie ses lettres avec soin, met un long moment à les déposer délicatement dans sa poche, regarde si ses lacets sont bien mis, tire sur ses chaussettes, se lève enfin, regarde la chaise qu'il vient de quitter, avance doucement vers l'entrée du cabinet, marque un temps d'arrêt.

Je lui tends la main. Il me donne la sienne en me regardant fixement et ne la retire pas. Tout se passe comme si je le tirais vers moi pour entrer.

Je lui désigne le fauteuil. Il met les mains sur les bras du fauteuil et s'immobilise. Par où monter ?

Il réussit à s'asseoir après avoir tourné trois fois sur lui-même, mais il ne se glisse pas dans le fond du fauteuil, il ne s'adosse pas, se tient sur le bord, droit comme un I.

Il ouvre une bouche gigantesque, serre violemment les accoudoirs. Il est moins anxieux que stoïque. Je le sens déterminé à faire tout ce qu'il faut.

J'essaie de dialoguer, lui parle des éducateurs, de ses camarades. Il me regarde effaré, toujours bouche ouverte, comme s'il voulait me signifier que l'on ne doit pas faire deux choses à la fois, et par conséquent parler la bouche ouverte.

Je lui dis "Tu peux fermer. Repose toi un peu". Du coup l'anxiété apparaît, il regarde mon assistante, l'air inquiet, puis met les yeux dans le vide fixement.

L'ouverture de la bouche s'accomplit à nouveau. Je fais mon observation tout à loisir et lui dis "C'est fini". Il referme lentement sa bouche. Le cérémonial de la descente du fauteuil est aussi complexe que la montée, non pas tellement par maladresse que par excès d'application.

Il me serre la main, dit "au revoir Monsieur" d'une voix claire, se fige un instant devant mon assistante, puis sort en refermant doucement la porte.

Je vois la poignée mettre un temps interminable à revenir au repos.

GILLES, 13 ans 1/2 mais en paraissant 8, est assis ratatiné, ébouriffé, se balance sur sa chaise d'arrière en avant, jette vers moi un regard anxieux et d'ailleurs strabique.

Je l'appelle : il crie "non", se lève, se met contre le mur, contre quoi il fait mine de lancer des coups de pied. Le mouvement s'achève en rotation de la jambe.

Il s'immobilise debout, balance le tronc à nouveau et la jambe repart en une ronde rythmique.

Je l'appelle à nouveau. Il secoue les épaules et branle le chef.

Je m'approche, il me fuit et se réfugie dans une encoignure. Cette fois-ci, il frappe rythmiquement la tête contre la cloison.

J'approche doucement. D'un coup, il change de coin. Je lui touche l'épaule, il la dérobe et se précipite au sol, genoux au menton, puis roule

sur lui-même à mes pieds et tape ma jambe de sa tête.

Je mets ma main sur ses cheveux. Il redresse la tête, crie "non". Je le vois en larmes.

Il est impossible de l'imaginer sur un fauteuil, surtout que je n'ai pas de but thérapeutique. Nulle raison donc de le forcer. La porte est entrouverte sur l'extérieur, il se dresse, s'enfuit, bouscule la personne qui entre, se tape sur un pilier, poursuit sa course buste plongé vers l'avant, bras vers l'arrière.

Puis il marche à grandes enjambées, balance le tronc à chaque mouvement. On le retrouvera deux heures plus tard caché dans les sapins.

Il m'apparut que les éducateurs s'appliquaient à m'accorder quelque indulgence.

°

° °

Au moment de nous relire et en nous essayant à replacer froidement les enfants dans la situation qui était la leur à l'époque des examens, aux fins de comparaison avec les portraits que nous venons de broser, nous ne pouvons nous empêcher de penser que notre récente science psychologique, encore toute fraîche à notre mémoire, n'a certainement pas été étrangère à leur espèce de rattachement, de fait et presque malgré notre vouloir, aux grandes catégories de névroses. La raison pourrait bien en être que nous n'avons pas fixé ces traits dans le temps même, ou immédiatement après que nous ayons eu à examiner les enfants. Une certaine élaboration intérieure n'a pu manquer de se produire, résultat des puissants souvenirs évoqués par la magie de la bande magnétique sans doute, mais aussi de conversations au sujet des enfants avec la collaboratrice qui nous avait alors assisté. D'où la probabilité, notre tendance à un certain perfectionnisme psychologique aidant, d'une espèce de gau-chissement dans le sens d'une caricature (au sens propre du mot s'entend) de ce qui n'aurait dû être qu'une simple reproduction photographique. Nous ne voyons pas à la vérité comment il pourrait en être autrement. Il est bien évident que, même dans une perspective scientifique, une description faite après coup ne peut qu'être en rapport avec la situation et l'évolution de celui qui la rédige.

Quoi qu'il en soit, les enfants allaient pouvoir s'animer dans les dossiers médico-psychologiques où maintenant nous étions quasiment forcé de les retrouver. Nous avions en un mot trouvé la dimension qui nous manquait, dimension à laquelle notre formation homoeopathique nous avait inconsciemment conditionné -ce qui était la cause de notre malaise- la nécessité du psychologique. Nous n'avions voulu voir des enfants que ce qui était palpable, mesurable, et nous nous étions aperçu avec découragement de la vanité de notre tentative, d'autant que ces enfants, sur le plan anatomo-pathologique concernant notre spécialité, s'étaient trouvés aussi bien, pour ne pas dire mieux parfois, que d'autres enfants du même âge que nous ne qualifions ici de "normaux" qu'avec réticence. Ce vers quoi nous aspirions désormais, c'était une observation globale d'un enfant total, dans son intégralité physique, intellectuelle et morale, et non pas trois observations différentes que nous n'arrivions d'ailleurs pas, pour les deux premières, à faire aller de concert.

Les critiques implicites que nous venons d'adresser, sous forme de récit à certains procédés d'observations qui se voudraient vigoureux, sembleraient ne pas pouvoir être destinés également à une observation purement odonto-stomatologique.

Nous pensons en fait, qu'il serait là aussi, possible de révoquer en doute dans le context les résultats d'une observation prétendument rigoureuse.

En effet ces observations seraient :

- extrêmement parcellaires ;
- dirigés d'emblée vers une certaine technique d'intervention ;
- limités par les perspectives de cette technique même, l'observation n'étant pas entièrement pure ni affirmative.

Nous devons ajouter à tout cela, en ce qui nous concerne personnellement ici que, dans la position où nous trouvions placé, de par notre implication personnelle dans l'affaire, nous avions à examiner des dentures que nous n'avions pas à soigner.

Un exemple : l'appréciation de la profondeur exacte et de la nature d'une carie dépend :

ADDENDA

ADDENDUM N° I : RESULTATS DENTAIRES ET BIO-MORPHOLOGIQUES.

Notre lent cheminement vers la découverte d'une véritable dimension psychologique (1), et l'idée-force qui s'est progressivement imposée à nous de sa nécessité, ne nous interdisent cependant pas totalement de transcrire quelques uns de nos résultats dans le cadre de ce travail.

Il ne saurait certes s'agir ici de rien d'autre que de faits, et nous n'irons tout de même pas jusqu'à les qualifier de bruts ; nous osons espérer cependant - et ce avec les réserves que nous avons déjà formulées - que ces faits pourront être exploités par certains chercheurs soucieux d'accumuler des renseignements, bucco-dentaires et bio-morphologiques d'une part, bio-électroniques de l'autre.

Ce modeste échantillonnage de la matérialisation de nos recherches sera suivi de quelques observations, remarques, voire réflexions, que nous serions heureux de voir donner éventuellement le départ à des travaux très précis.

°
° °

Une série de trois tableaux nous permettra de mieux situer les enfants dans l'esprit du lecteur en lui faisant connaître, à côté de leur date de naissance, leur taille (en centimètres) ainsi que leur poids (en kilogrammes). Les conditions institutionnelles très particulières dans lesquelles se sont déroulés les examens ne nous ont permis de suivre que 24 des enfants à trois reprises, 12 autres n'ayant pu l'être que deux fois.

(1). - Nous nous permettons de rappeler sommairement que la dimension psychologique concerne non seulement les sujets observés, mais également l'observateur ainsi que son observation, sans parler naturellement de l'interprétation de celle-ci.

N°	Nom (initiale), prénom	date de naissance	décembre 66	décembre 67	avril 68
1	L... Serge	01.12.54	1.355 36,5	1.415 38	1.420 39,5
2	L... José	16.06.54	1.370 40,5	1.435 45	1.460 46,5
3	P... Robert	05.02.55	1.360 27,5	1.430 31	1.455 33,5
4	M... Michel	21.03.54	1.510 40,5	1.570 46	1.585 48,5
5	D... Alberto	12.10.54	1.355 27	1.385 28,5	1.390 28,5
6	H... Emile	05.10.54	1.425 34,5	1.480 37	1.510 40
7	H... Raphaël	25.02.57		1.405 30,5	1.430 30
8	P... Jean-Claude	19.01.55	1.425 33,5	1.475 36	1.490 37,5
9	L... Jean-Pierre	24.06.54	1.400 35	1.430 37,5	1.450 38
10	T... René	+ 05.06.54	1.475 36	1.540 40	1.565 42,5
11	G... Philippe	27.06.54	1.395 34	1.435 36,5	1.450 38
12	R... Michel	23.07.54	1.435 35,5	1.470 38	1.480 38

Tableau n° 1

N°	Nom (initiale), prénom	date de naissance	décembre 66	décembre 67	avril 68
13	P... Christian	19.09.54	1.505 34,5	1.555 37,5	1.570 38
14	P... Henri	03.06.54	1.475 35,5	1.515 39	1.535 38,5
15	P. Didier	22.02.54	1.720 61	1.785 69	1.795 68
16	C... Alain	29.09.54	1.420 30,5	1.460 34	1.480 34
17	V... Raymond	13.12.54	1.525 39,5	1.575 41	1.590 42
18	N... Patrick	12.10.54	1.550 42,5	1.620 49	1.640 50
19	C... Alain	15.03.54	1.360 34,5	1.400 37	1.400 37,5
20	D... Robert	15.03.54	1.560 47,5	1.610 54,5	1.620 52
21	T... Marc	13.02.54	1.560 43,5	1.635 51,5	1.675 53
22	A... Daniel	16.05.54		1.520 41	1.560 42,5
23	A... Paul	20.06.55	1.355 31	1.430 35	1.480 39
24	A... Jean-Baptiste	24.07.57		1.365 34	1.390 35

Tableau n° 2

N°	Nom (initiale), prénom	date de naissance	décembre 66	décembre 67	avril 68
25	LE D... Jacques	25.05.57		1.405 30,5	1.430 30
26	D... Daniel	25.05.56		1.550 41	1.580 42,5
27	R... Patrick	13.07.57		1.485 50,5	1.500 52
28	F... Jean-Philippe	12.07.57		1.405 28	1.430 28
29	S... Jean-Louis	09.07.56		1.440 31,5	1.470 31,5
30	M... Jean-Claude	29.07.55		1.485 35,5	1.500 35
31	F... Philippe	18.01.58		1.320 28	1.340 28
32	M... Lucien	07.09.57		1.280 35,5	1.920 35
33	P... Bruno	08.10.57		1.340 30,5	1.345 32
34	F... Jean-Pierre	08.12.55			
35	C... Eric	08.05.55		1.550 36,5	1.580 37,5
36	C... Jean-Louis	01.03.55	1.395 29	1.430 31	1.435 31,5

Tableau n° 3

Sur 35 cas examinés, il a été relevé :

- rapport inter-molaires
 - . classe I : 26
 - . classe II : 9
 - . classe III : 0

- rapport inter-canines
 - . correspond : 16
 - . ne correspond pas : 13
 - . n'a pu être établi : 6

- Endognathies : 13
- Exognathies : 14

Sur 35 cas examinés, on a pu constater (1) un retard dans la dentition de :

- 6 mois : 1

- 1 an : 5

- 2 ans : 1

(1). - Ces approximations basées sur la pratique et visible sur les modèles en occlusion que l'auteur conserve dans sa documentation se sont trouvées confirmées en quelque sorte par la radiographie. Les clichés fortement agrandis sont également en notre possession.

Sur 35 cas examinés, il a été relevé :

- rapport inter-molaires
 - . classe I : 26
 - . classe II : 9
 - . classe III : 0

- rapport inter-canines
 - . correspond : 16
 - . ne correspond pas : 13
 - . n'a pu être établi : 6

- Endognathies : 13
- Exognathies : 14

Sur 35 cas examinés, on a pu constater (1) un retard dans la dentition de :

- 6 mois : 1

- 1 an : 5

- 2 ans : 1

(1). - Ces approximations basées sur la pratique et visible sur les modèles en occlusion que l'auteur conserve dans sa documentation se sont trouvées confirmées en quelque sorte par la radiographie. Les clichés fortement agrandis sont également en notre possession.

INDICE DE PONT

	D 2	D 1	G 1	G 2	Arce Incisif	D. interpré- laire idéale	D. interpré- laire mesurée	Différence	D. intermol- laire idéale	D. intermol- laire mesurée	Différence
1	7,5	9,5	9,0	7,5	33,5	41,8	43,7	+ 1,9	52,3	55,5	+ 3,2
2	6,0	7,5	7,5	6,5	27,5	34,4	36,0	+ 1,6	43,0	45,5	+ 2,5
3*											
4	6,7	8,2	8,4	6,7	30,0	37,7	36,2	- 1,5	46,9	47,4	+ 0,5
5	5,5	8,1	8,1	5,5	27,2	34,0	34,3	+ 0,3	42,5	43,5	+ 1,0
6	6,0	8,7	8,2	6,0	28,9	36,0	35,5	- 0,5	45,0	45,0	0
7*											
8	6,1	7,8	7,8	6,0	27,7	34,6	39,0	+ 4,4	43,3	51,0	+ 7,7
9	7,0	8,6	8,6	7,3	31,5	39,3	36,7	- 2,6	49,2	48,2	- 1,0
10	5,8	7,5	7,5	5,8	26,6	33,2	32,0	- 1,2	41,5	42,0	+ 0,5
11	5,5	7,6	7,6	5,6	25,3	32,8	33,0	+ 0,2	41,0	44,0	+ 3,0
12	6,4	8,2	8,2	6,4	29,2	36,5	36,0	- 0,5	45,6	48,0	+ 2,4
13	6,9	8,5	8,4	6,4	30,2	37,7	34,5	- 3,2	47,2	45,7	- 1,5
14	6,4	9,0	9,0	6,4	30,8	38,5	39,5	+ 1,0	48,1	49,1	+ 1,0
15	7,6	9,8	9,5	7,3	34,2	42,7	43,3	+ 0,6	53,4	55,4	+ 2,0
16	6,3	8,5	8,5	6,3	29,6	37,0	36,4	- 0,6	46,2	47,0	+ 0,8
17	6,5	8,8	8,8	6,7	30,8	38,5	38,0	- 0,5	48,1	48,5	+ 0,4
18	5,5	7,5	8,5	5,5	27,0	33,7	36,3	+ 2,6	42,0	47,3	+ 5,3
19	6,5	8,0	8,0	6,5	29,0	36,3	34,3	- 2,0	45,0	46,0	+ 1,0
20	6,4	8,7	8,7	6,4	30,2	37,7	38,7	+ 1,0	47,1	48,1	+ 1,0
21	6,4	8,5	8,5	6,3	29,5	37,1	38,5	+ 1,4	46,4	50,0	+ 3,6
22	6,7	9,5	9,5	6,7	32,4	40,5	40,0	- 0,5	50,6	45,5	- 5,1
23*											
24*											
25	6,9	9,0	9,0	6,9	31,8	39,7	34,7	- 5,0	49,6	47,4	- 2,2
26	7,3	8,5	8,5	7,3	31,6	39,5	34,1	- 5,4	49,3	41,2	- 8,1
27	6,1	9,0	9,0	6,1	30,2	37,7	38,0	+ 0,3	47,1	47,0	- 0,1
28	6,0	7,3	7,3	6,1	27,0	33,7	34,4	+ 0,7	42,1	43,7	+ 1,6
29	6,4	8,3	8,2	6,4	29,3	36,6	38,2	+ 1,6	47,3	48,7	+ 1,4
30	6,3	7,7	7,8	6,3	28,1	35,1	30,7	- 4,4	43,9	43,7	- 0,2
31*											
32	7,0	8,0	8,0	7,5	30,5	38,1	32,2	- 5,9	47,6	39,6	- 8,0
33	6,0	8,0	8,0	6,0	28,0	35,0	30,0	- 5,0	43,7	38,5	- 5,2
34	6,5	10,0	9,8	7,0	33,3	41,6	38,5	- 3,1	52,0	46,0	- 6,0
35	6,5	8,9	8,6	6,4	30,4	38,0	35,5	- 2,5	47,5	47,8	+ 0,3
36	6,5	8,5	8,5	6,4	29,9	37,3	36,7	- 0,6	46,0	47,0	+ 1,0
Total	199,2	261,7	261,0	200,5	922,2	1.152,3	1.124,9		1.140,5	1.443,3	
Nombre	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Moyenne	6,43	8,44	8,42	6,47	29,75	37,17	36,29	- 0,88	46,17	46,56	+ 0,09

* Ces cas ne sont pas pris en compte.

INDICE D'IZARD

	Distance biygomatique cutanée	Distance biygomatique osseuse	Moitié de la distance biygomatique osseuse	D. entre les collets des derrières molaïres	Différence	Diamètre inter pariétal	Diamètre inter zygomatique	Diamètre inter-goniatique	Diamètre Front-Occiput	Point sous- nasal	Point sous- nasal ligne commisurale	Ligne commisurale menton
1	135	134	67	65	- 2	15	13,5	11	18	5,80	2,17	3,24
2	130	129	64,5	57	- 7,5	15	13	11	17,5	5,60	2,70	3,63
3*												
4	130	129	64,5	58	- 6,5	14	13	11,5	17	5,60	2,35	3,12
5	125	124	62	57,7	- 4,3	14,5	12,5	10,5	17	5,52	1,85	2,60
6	125	124	62	59,4	- 2,6	14,5	12,5	11	18	5,50	2,50	3,73
7*												
8	125	124	62	59,8	- 2,2	14	12,5	11,5	17	6,86	1,80	2,80
9	125	124	62	60	- 2	14,5	12,5	11	18	5,67	2	3,25
10	125	124	62	54,4	- 7,6	14,5	12,5	10,5	18	5,75	2,30	3,20
11	120	119	59,5	60,2	+ 0,7	13,5	12	10,5	18,5	6	2,18	3,50
12	125	124	62	60,2	- 1,8	15,5	12,5	17,5	18	5,85	2,20	3
13	125	124	62	54,2	- 7,8	15	12,5	10,5	17,5	5,77	2,05	3,25
14	135	134	67	62,8	- 4,2	14,5	13,5	11,5	18	5,17	2,21	3,30
15	140	139	69,5	71,7	+ 2,2	15,5	14	12	20	6,26	2,20	4,25
16	120	119	59,5	54,6	- 4,9	14	12	9,5	17	4,86	2,35	3,80
17	130	129	64,5	58,5	- 6	15	13	11	16,5	6,04	2,32	3,30
18	125	124	62	60	- 2	14,5	12,5	11	19	6,22	2,35	3,50
19	135	134	67	54,5	-12,5	14,5	13,5	11	18	6,17	2,20	3
20	140	139	69,5	61,4	- 8,1	14,5	14	12	18	6,10	2	3,52
21	135	134	67	61,8	- 5,2	15	13,5	11,5	18,5	5,20	2,30	3,80
22	130	129	64,5	60,5	- 4	14,5	13	11,5	17	6,10	2,23	2,70
23*												
24*												
25	125	124	62	58	- 4	14,5	12,5	10,5	18	6,25	2,07	3,72
26	125	124	62	49,8	-12,2	13,5	12,5	10	18	5,30	2,25	2,80
27	120	119	59,5	56,5	- 3	14,5	12	9,5	17	5,05	2,05	2,80
28	125	124	62	53,8	- 8,2	15	12,5	10	18,5	6,02	2,20	3,20
29	130	129	64,5	60	- 4,5	14,5	13	10,5	18	6,72	2,40	3,90
30	130	129	64,5	57,7	- 6,8	14,5	13	10	19	6,35	2,31	3,35
31	120	119	59,5	59	- 0,5	14	12	9,5	17	5,27	1,75	2,90
32	120	119	59,5	50	- 9,5	14	12	11	18	4,50	2,10	2,90
33	125	124	62	48,7	-13,3	14	12,5	10,5	18	5,05	2,57	2,90
34	125	124	62	56,1	- 5,9	15,5	12,5	10	17	4,70	2,16	3,55
35	130	129	64,5	57,7	- 6,8	15	13	10	17,5	6,50	2,33	3,60
36	120	119	59,5	60	+ 0,5	13,5	12	10	18	5,32	2,10	3,10
Total	4.075	4.043	2.021,5	1.859		464,5	407,5	349	570,5	183,77	70,55	105,21
Nombre	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Moyenne	127,3	126,3	63,17	58,09	- 5,08	14,51	12,73	10,91	17,83	5,743	2,205	3,288

* Ces cas ne sont pas pris en compte.

Nous avons essayé de faire figurer sur ce double tableau la plupart des mesures habituellement relevées en orthopédie dento-faciale en regrettant l'absence de téléradios. Ce regret est d'ailleurs tempéré par le souvenir encore présent à notre mémoire des innombrables difficultés rencontrées pour impressionner simplement le classique film intra-oral, ainsi que le mordue (bite-wing).

Tels qu'ils sont cependant, les chiffres paraissent significatifs et semblent apporter de l'eau au moulin de Madame BIEHLER-GIRAL (CLERMONT-FERRAND, GENEVE) surtout si l'on tient compte du degré de débilité de nos enfants, c'est-à-dire un Q.I. entre 0,60 et 0,80 à 0,85 (1).

Nous avons été par ailleurs surpris :

- agréablement par le nombre d'enfants soignés, ainsi que les excellentes conditions et la qualité des soins dispensés aux enfants par l'odontologiste attaché à l'établissement ; soins et prévention bien comprise ;

- par le nombre de molaires (particulièrement inférieures) dépulpées, avec des canaux très correctement obturés ;

- par le fait que les caries, lorsqu'elles se manifestaient, étaient silencieuses, les rares douleurs manifestées l'ayant été par compression du ligament (bourrage alimentaire consécutif à une absence de joint de contact) ;

- par l'unique extraction d'une molaire, ainsi que par la seule "prothèse" : il s'agit de la reconstitution coronaire d'une incisive latérale supérieure à l'aide d'une couronne de Richmond.

(1). - Se référer aux travaux de cet auteur cités dans la partie bibliographique de l'ouvrage, et plus particulièrement à : "NOUVELLE CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA TYPOLOGIE DE L'ENFANT DEBILE-MENTAL", l'Orthodontie Française, 1967 ;

ainsi qu'à ceux du Dr. Ph. GUGNY et Mma M. -C. KENESI (PARIS) :

"L'EVOLUTION DU COMPORTEMENT MUSCULAIRE ET DES RAPPORTS D'OCCLUSION AU COURS DE LA MASTICATION", l'Orthodontie Française 1968, volume 39, pages 263 à 279 ; et l'Orthodontie Française 1969, volume 40, pages 275 à 278.

Nous voudrions enfin attirer l'attention du lecteur sur la constatation d'un fait qui, nous n'en doutons pas, appellera ses réflexions. Il s'agit cette fois du capuchon muqueux recouvrant tout ou partie de la dernière molaire inférieure droite ou gauche en évolution sur l'arcade. Un recul de quatre mois et la possession de modèles de plâtre très fidèles et parlants pour ainsi dire nous ont permis de nous faire une idée personnelle du phénomène de la mise en place sur l'arcade de ces éléments. Radiographies à l'appui, nous avons constaté - sans pouvoir le prouver à l'aide de téléradiographies, de radios du poignet ou du genou, ainsi que de la selle turcique permettant par ailleurs de déterminer avec précision l'âge dentaire par rapport à l'âge d'état civil - que l'évolution se faisait extrêmement lentement chez certains enfants, très rapidement chez d'autres.

Une analyse des dossiers et une conversation avec l'éducateur de chacun d'entre eux nous ont installé dans la conviction que les premiers refusaient d'entrer dans le monde, luttaient pour rester repliés sur eux-mêmes, étaient inhibés. Cette observation nous a entraîné à prendre très sérieusement ce fait en considération, et nous avons pu constater depuis, dans notre pratique quotidienne, qu'il se confirmait chaque jour davantage (1).

N.B. Nous-prions le lecteur de bien vouloir entendre, dans le cadre de ce travail, les notions de normalité au sens étymologique du mot ("norme").

Nous avons choisi d'établir nos comparaisons en partant :

- tantôt de l'âge d'état civil et de ce qu'il est classique d'y rencontrer, pour tout ce qui est de la dentition ainsi que de tous autres phénomènes évolutifs ;

- tantôt d'un prototype bio-morphologique, issu d'une école anthropologique ; nous avons tout naturellement opté pour les constitutions minérales essentielles homoeopathiques du Docteur Antoine NEBEL Père, de Lausanne, parce que

(1), - Nous ferons savoir ultérieurement le résultat de nos travaux dans cette nouvelle direction.

. d'une part,elles ont été fort bien étudiées à sa suite par le Docteur Léon VANNIER sur le plan général, et dans notre discipline odonto-stomatologique par le Docteur SCHMITT, de Vannes, et surtout Bertrand de NEVREZE ;

. d'autre part, elles ont reçu ces dernières années une confirmation éclatante - dans leur forme, sinon sur le fond - pour les remarquables travaux de W.H. SHELDON et ses collaborateurs, qui ont retrouvé d'une manière des plus scientifiques les mêmes trois grands prototypes ;

. en dernier lieu, elles ne sont pas une fin en soi, mais s'intègrent très étroitement bien au contraire dans le tryptique diathésique : constitution - tempérament - toxine ("cheval de bataille" de l'Ecole Homoeopathique Moderne en général et du Docteur R. ZISSU en particulier) et permettant par cela-même de déboucher sur une infinité de singularités thérapeutiques.

En conclusion :

Il ressort de nos recherches sur les plans dentaire et bio-morphologique :

1 - d'abord que ces enfants sont comme les autres enfants du même âge placés dans les mêmes conditions institutionnelles ;

2 - que l'on rencontre chez eux beaucoup moins de caries que chez les autres et, lorsqu'ils en sont atteints, ils reçoivent plus rapidement les soins nécessaires - puisque placés en milieu de surveillance médicale constante -, ces soins s'étant révélés par ailleurs de très bonne qualité (1) ;

3 - si l'on voulait absolument dire quelque chose, on pourrait faire remarquer chez ces enfants une tendance peut-être un peu plus marquée que chez les autres à des dysharmonies dento-maxillaires (2).

(1). - Si l'on s'attendait en effet à découvrir au niveau de l'appareil dentaire une traduction morphologique de la débilité des enfants, on éprouverait une certaine déception. Nous avons nous-même insisté sur notre propre étonnement devant un semblable constat.

Il est vrai que la catégorie des enfants reçus à l'I. M. P. des ROSIERS exclut que nous ayons eu la possibilité d'étudier des cas de débilité profonde ou de mongolisme. Cependant, il est juste de dire que la population des ROSIERS nous paraît, à certains égards, plus saine que celle qui fréquente d'autres établissements du même genre - si l'on en croit certains chercheurs -, et plus saine encore qu'un échantillon banal d'enfants relevé dans une quelconque école primaire traditionnelle.

Nous croyons pouvoir attribuer cela à la qualité des soins de tous ordres dont les enfants sont entourés, bien sûr, mais également à celle du climat, de l'eau - d'une assez haute résistivité, mesurée à l'aide du bio-électronimètre -, de la nourriture..., ainsi, probablement aussi, que du psychologue.

(2). - Nous avons appris qu'à la rentrée scolaire 1970 - 1971 était arrivé aux ROSIERS, un jeune garçon de 0,55 à 0,60 de Q. I., présentant la particularité de posséder encore dans son intégralité sa denture lactéale à côté de sa denture permanente. Il semble bien que cette structure dentaire d'un genre assez particulier ait grandement frappé les responsables de l'établissement, qui considèrent pratiquement cet enfant comme un phénomène.

Nous voulons voir dans une telle attitude la preuve qu'au fond, on n'est pas accoutumé aux ROSIERS à lier fatalement les troubles du comportement à ceux de l'appareil dentaire.

ADDENDUM N° II : RESULTATS BIO-ELECTRONIQUES.

DEFINITION

La bio-électronique est l'étude des micro-courants de la vie. Elle correspond à la mesure et à l'analyse des phénomènes micro-électro-magnétiques qui sont la base même de toutes les activités et manifestations de la Vie et de la Matière, à travers leur support fondamental : l'eau (et toutes solutions) (1).

La bio-électronique repose sur l'analyse de trois facteurs définissant rigoureusement - selon son inventeur - tout état vivant, ainsi même que tout minéral en solution, à savoir :

- le pH, mesure d'ionisation basée sur la concentration en ions hydrogène H^+ , variant de 0 à 14,14, avec une neutralité à 7,07 ;
- le rH2, mesure de polarisation cathodique par l'hydrogène moléculaire H_2 , qui définit ainsi les états oxydés et réduits, variant de 0 à 42 ;
- la résistivité électrique (ou r Ω) représente, elle, l'inverse de la pression osmotique et donne la mesure de la concentration en électrolytes d'une solution.

(1). - HISTORIQUE SOMMAIRE

Le véritable précurseur de la bio-électronique est Charles LAVILLE. Cet ingénieur électricien, passionné de biologie, a été le premier chercheur des temps modernes à démontrer les caractéristiques électrique de la vie en publiant un livre sur l'électro-dynamique du muscle, tout au long duquel il mettait en valeur les corrélations existant entre l'électro-magnétisme et la vie. Il devait consacrer à la "biologie électrique" les trente dernières années de sa vie.

Gustave STROMBERG de l'Institut Carnégie de Washington a prouvé quant à lui, avec le concours de l'Ecole de Médecine de Yale, l'existence de "champs vivants", véritables champs électromagnétiques produits par le vivant et disparaissant instantanément à sa mort (1941 - 1943).

Au cours de la même période (1941 - 1942) et parallèlement Fred VLES, professeur de physique biologique à la faculté de Strasbourg et son collaborateur REISS avaient étudié les possibilités diagnostiques sur le sang en rapprochant les facteurs pH et rH2. La déportation, dont ils ne devaient pas revenir, mit fin à leurs expériences.

C'est en recherchant en cinématique électro-chimique les caractéristiques de l'eau et leur éventuelle incidence sur certaines maladies que Louis Claude VINCENT, ingénieur hydrologue, après avoir vainement cherché une explication dans les analyses chimiques et bactériologiques, fut amené à l'étude des micro-courants, à travers le pH et le rH2 en un premier temps, puis en associant à ces deux facteurs un troisième : la résistivité.

L'ère de la bio-électronique s'ouvrait.

Les liquides biologiques retenus par L.C. VINCENT comme étant nécessaires et suffisants pour désigner un étant vivant sont : le sang, l'urine, la salive. Une subtile interprétation permet à l'auteur de définir à travers les variations de quelques millivolts résultant de mesures successives sur un même individu ses tendances morbides, l'équilibre bio-électronique étant la condition de la santé, la rupture de cet équilibre, la maladie.

L'appareil servant à effectuer ces mesures à l'abri de l'air et sans perte d'électrons grâce à un système astucieux est nommé bio-électronimètre.

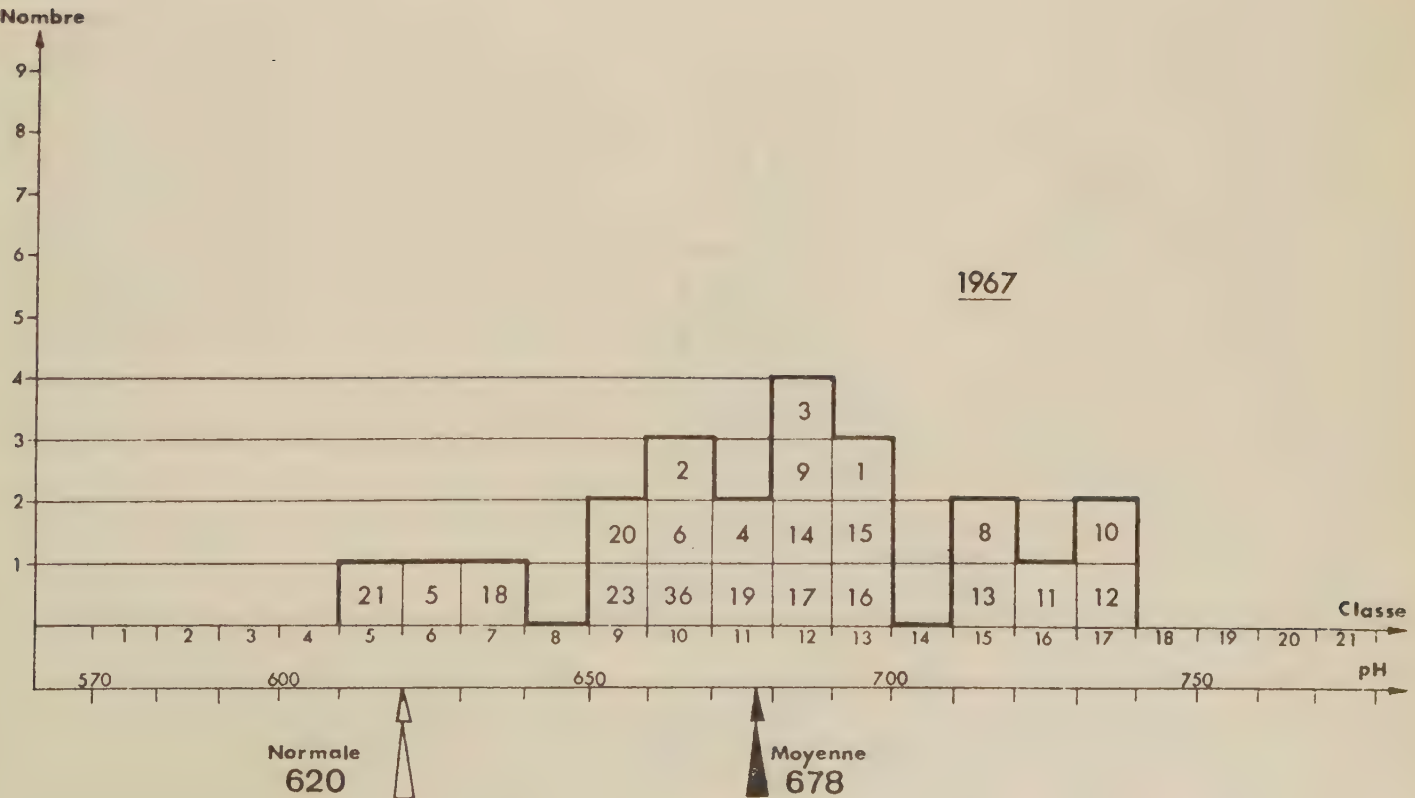
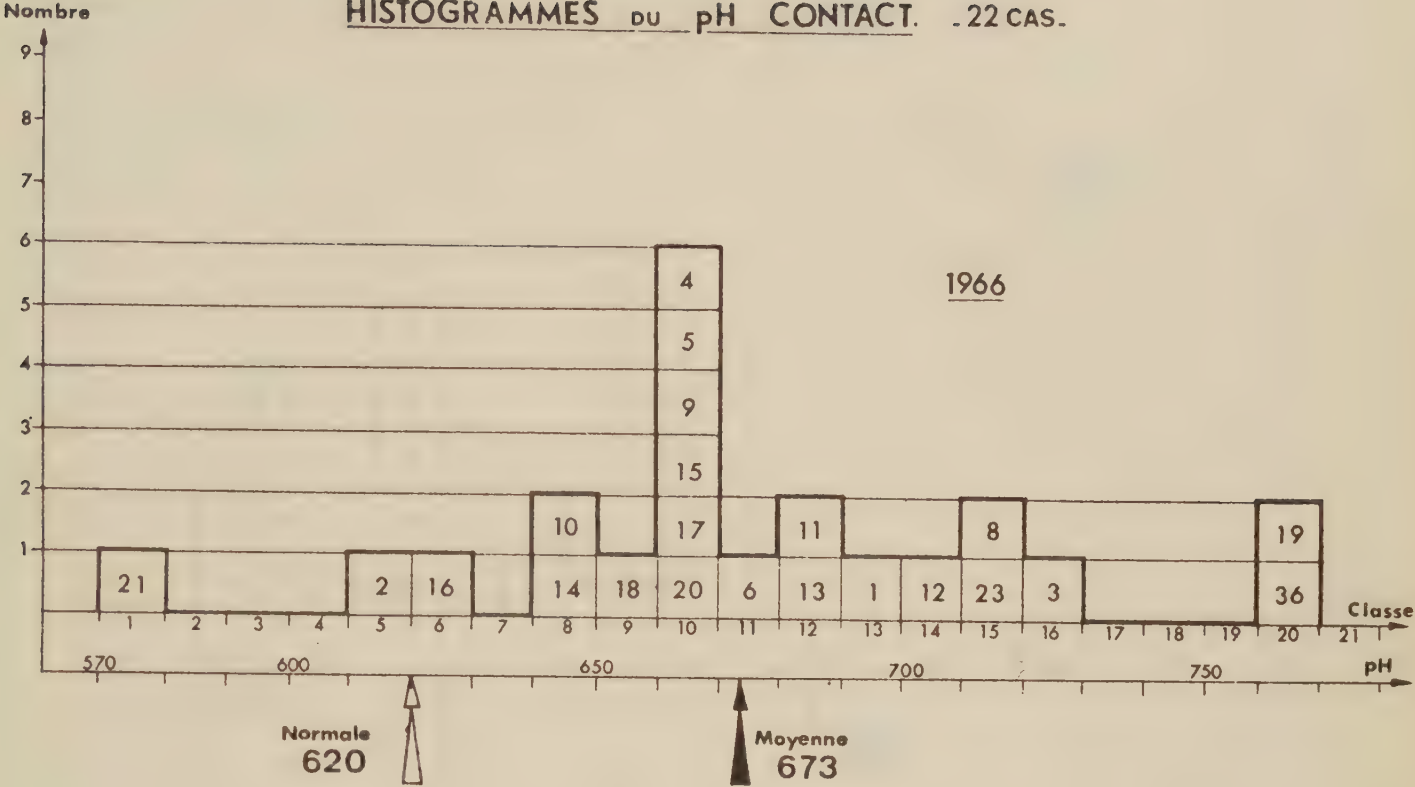
Le graphique sur lesquelles elles sont reportées pour interprétation devient un bio-électronigramme.

°
° °

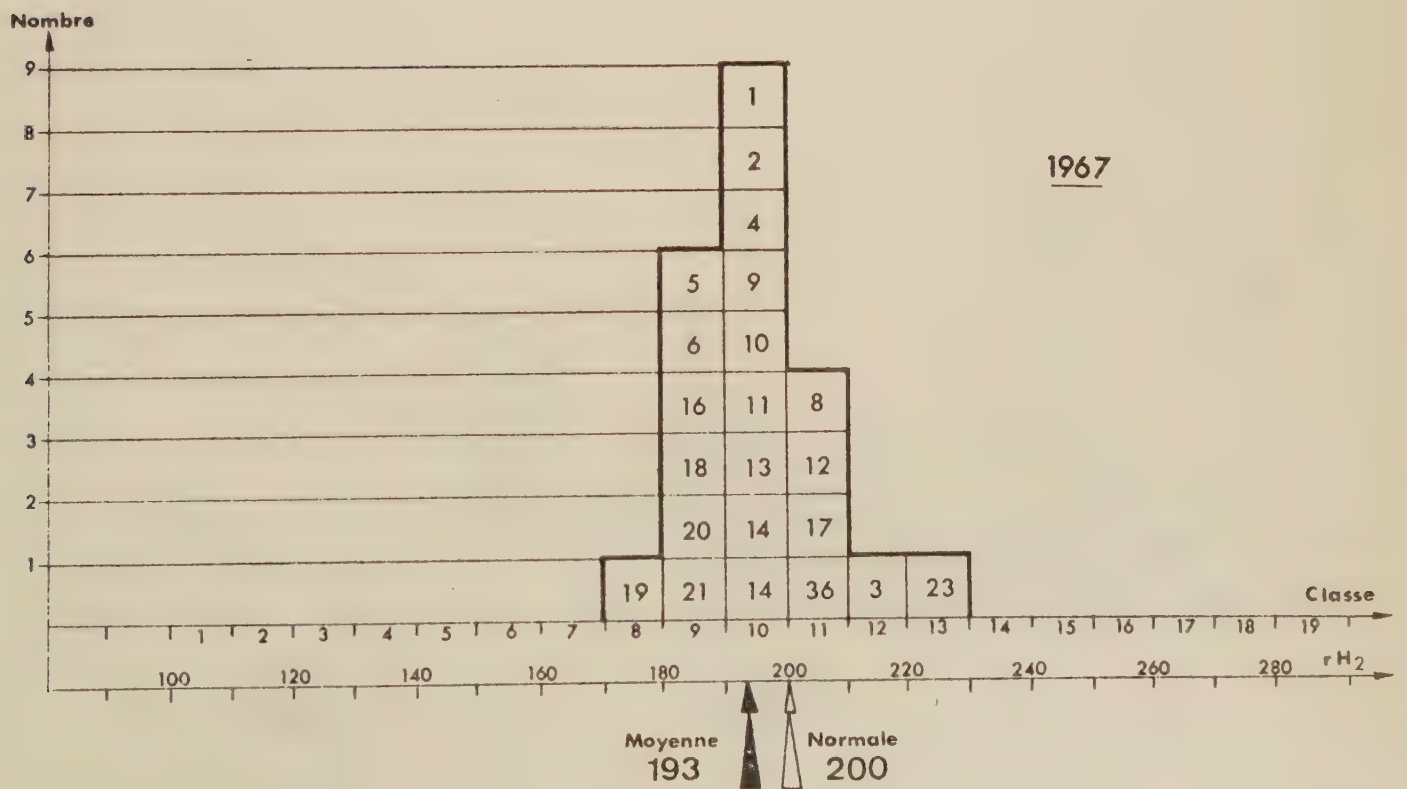
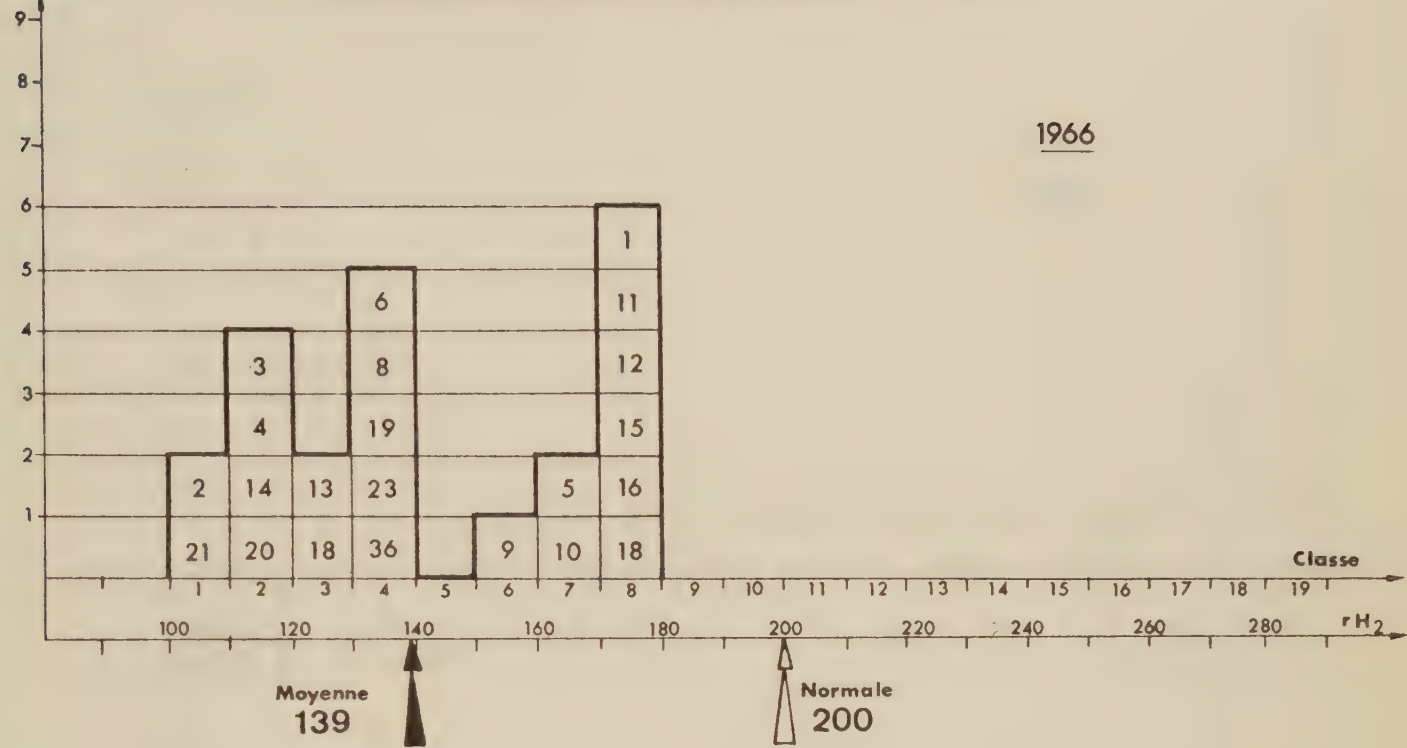
En conclusion :

Nous avons déjà donné les raisons qui nous ont fait quitter le pointillisme du spatial en général dans le cadre de ce travail, ainsi qu'évoqué celles qui nous empêchent momentanément de donner une suite à nos propres mesures sur les enfants des ROSIERS. Que le lecteur nous permette cependant de lui soumettre les quelques résultats suivants, en nous dispensant de tout autre commentaire.

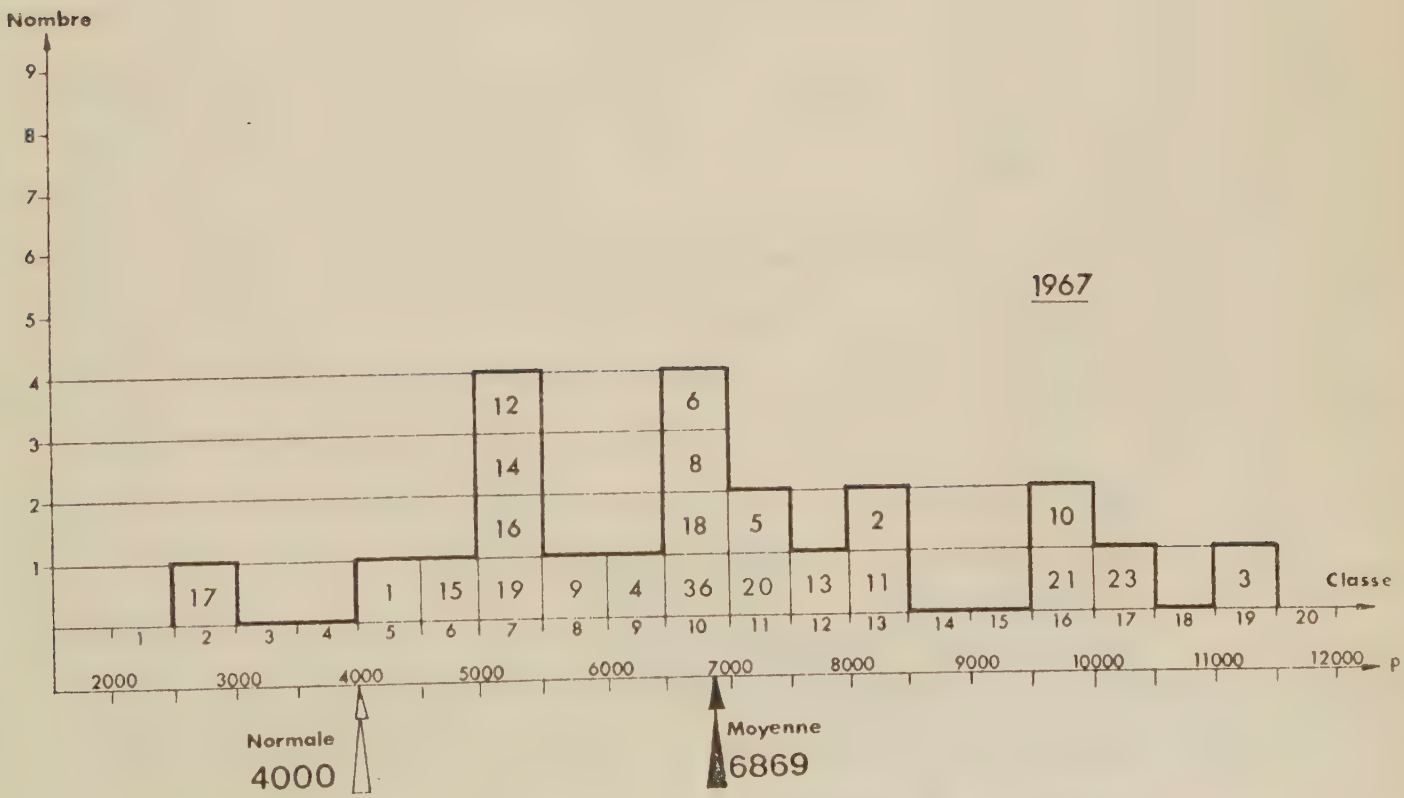
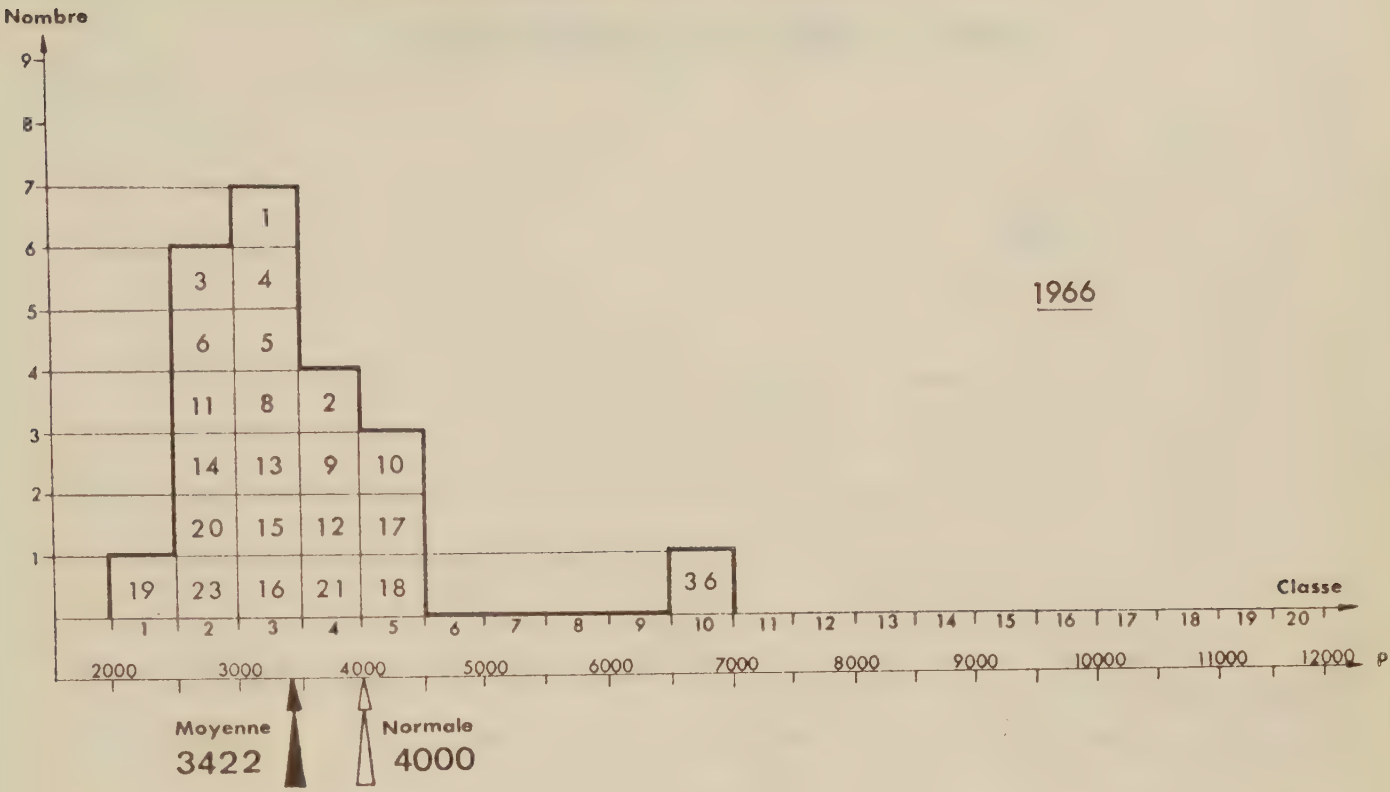
HISTOGRAMMES DU pH CONTACT. 22 CAS.



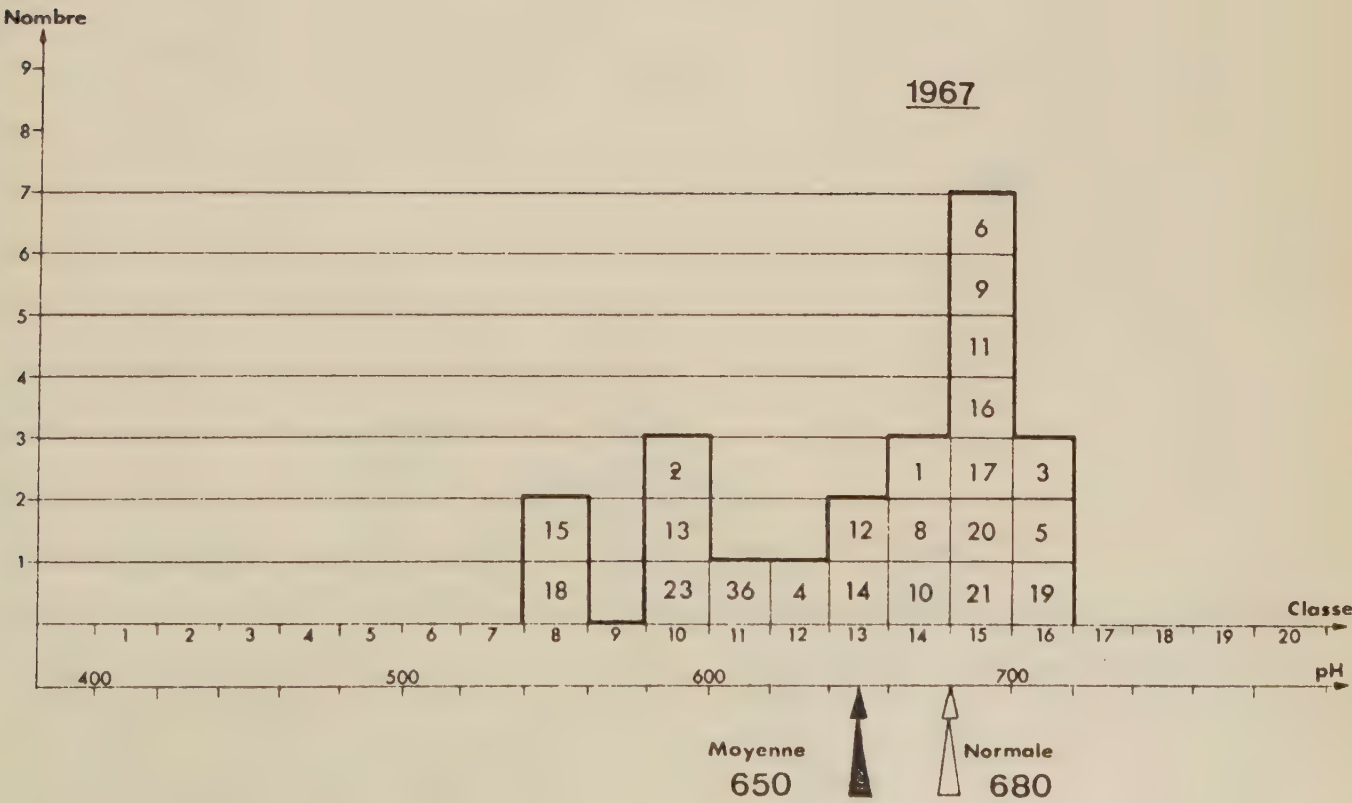
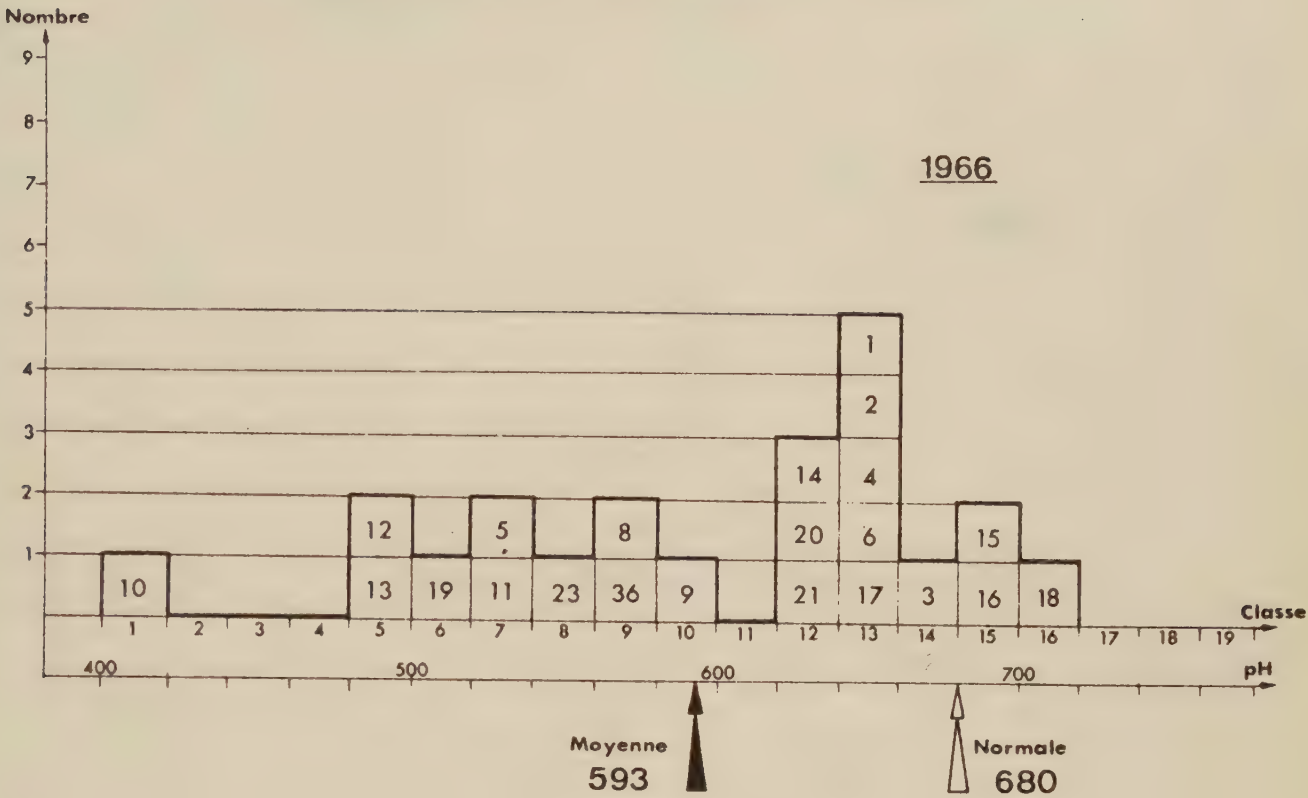
HISTOGRAMMES DU rH_2 CONTACT. .22 CAS.



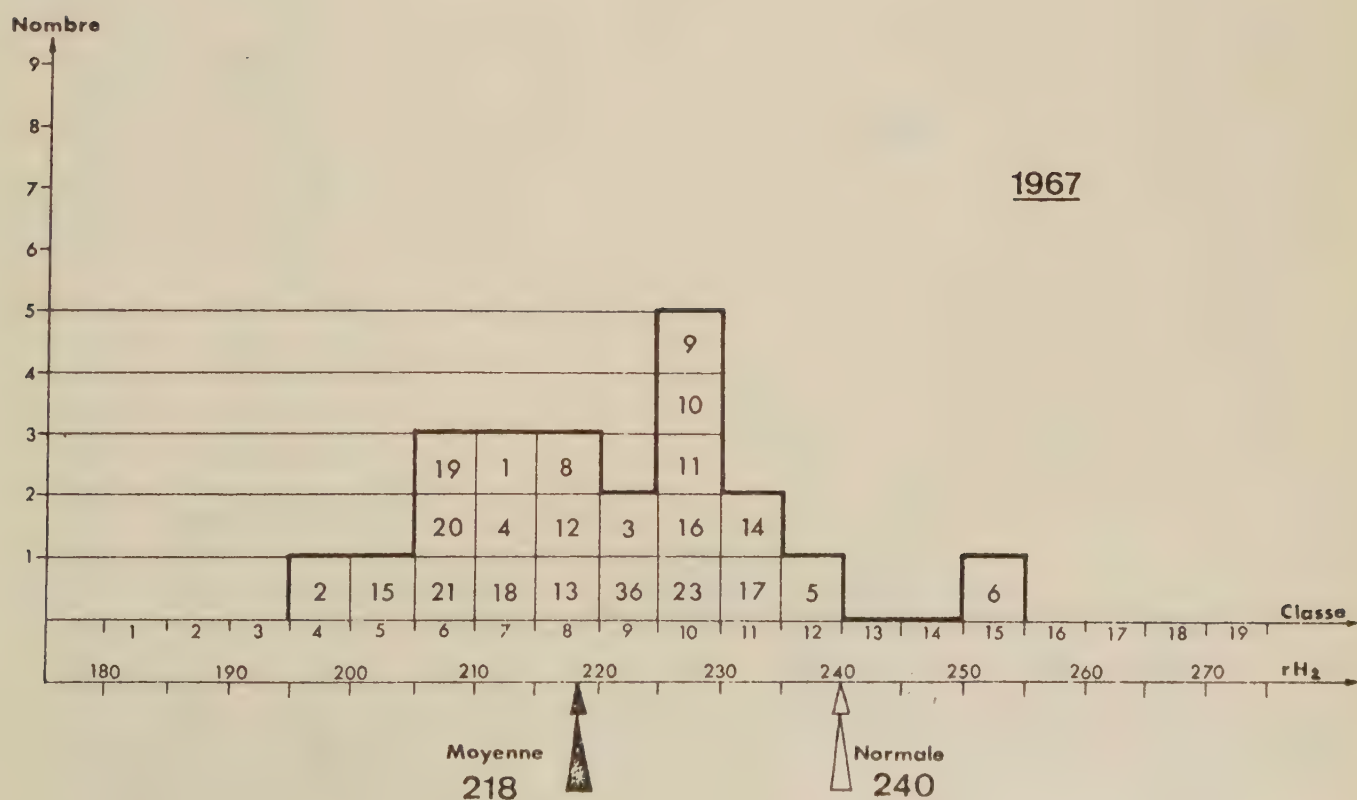
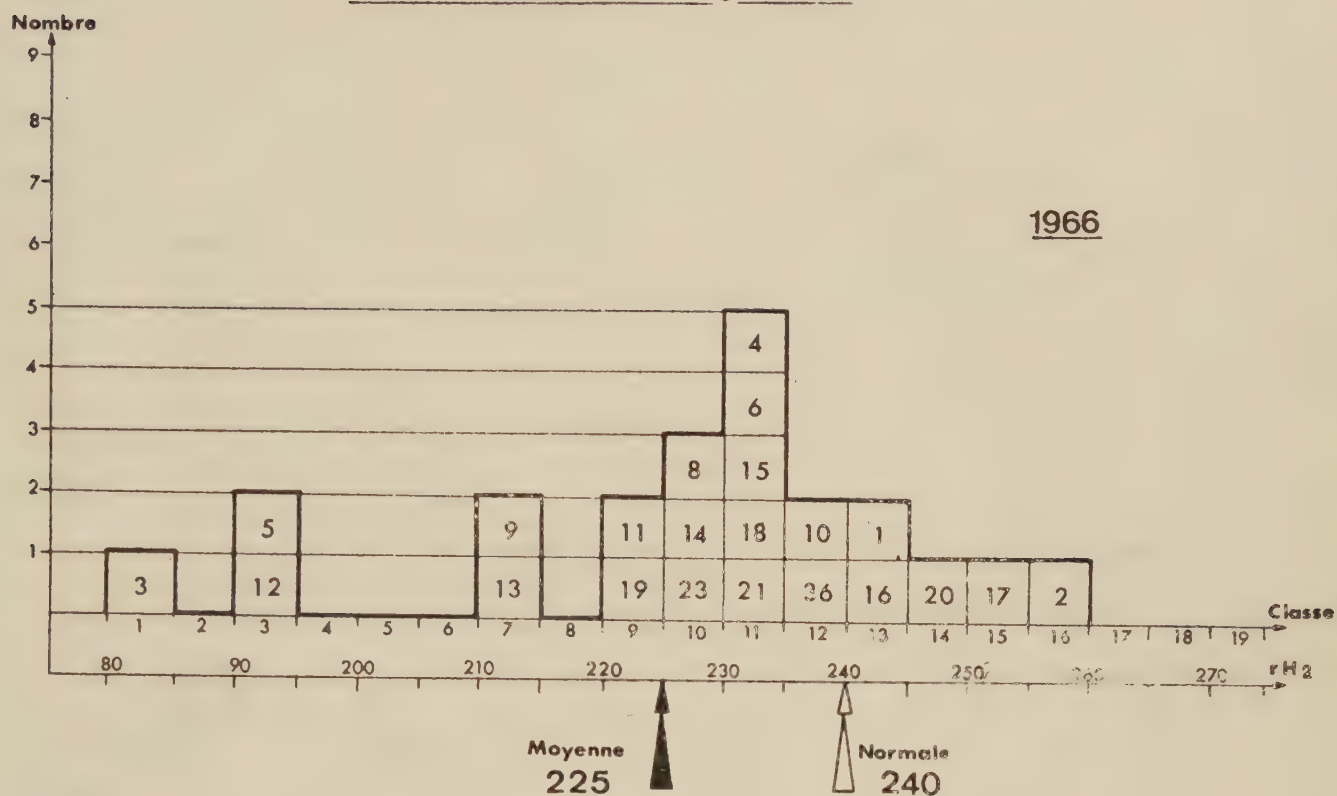
HISTOGRAMMES DU ρ CONTACT. 22 CAS.



HISTOGRAMMES DU pH URINE. 22 CAS.



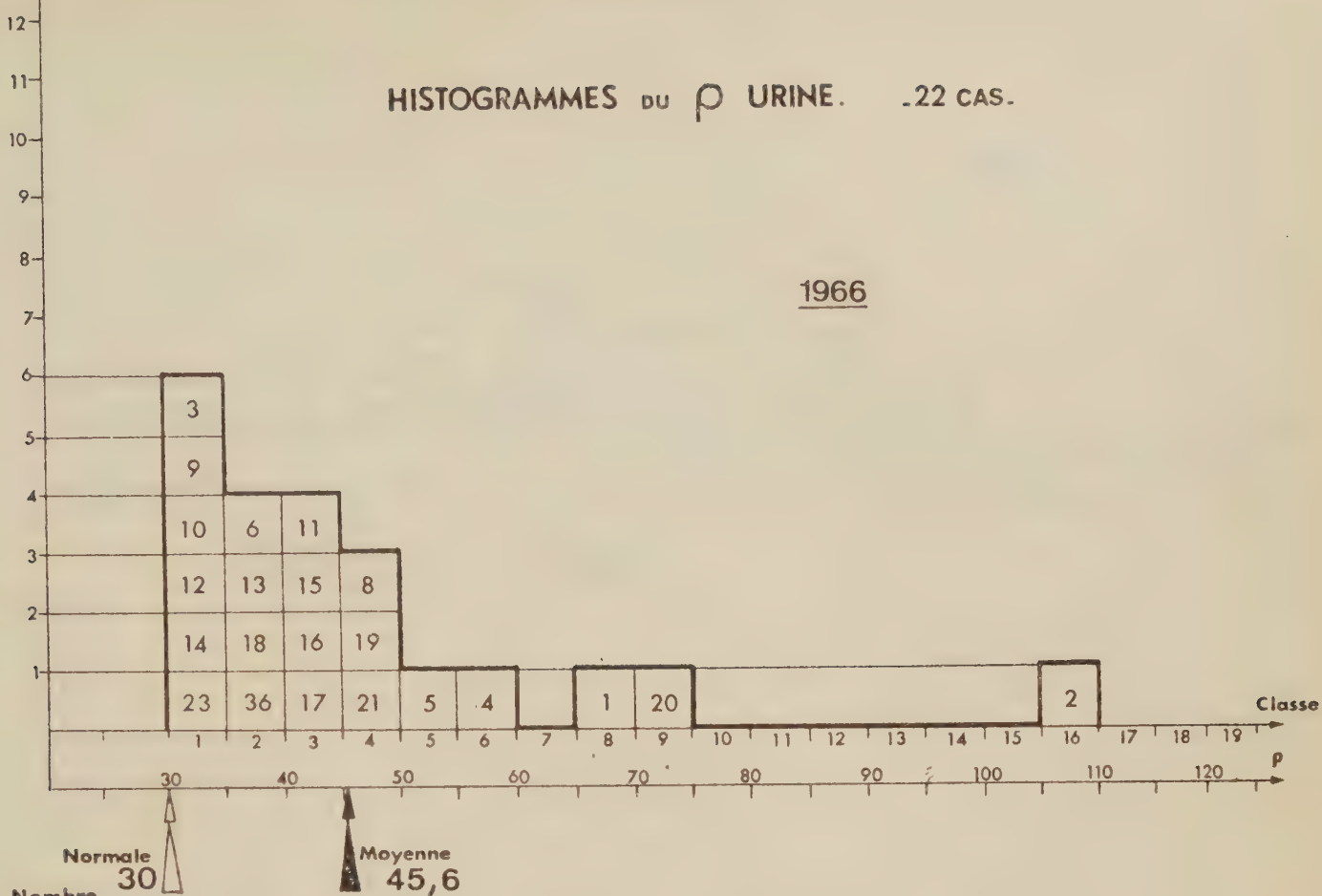
HISTOGRAMMES DU rH_2 URINE. -22 CAS.



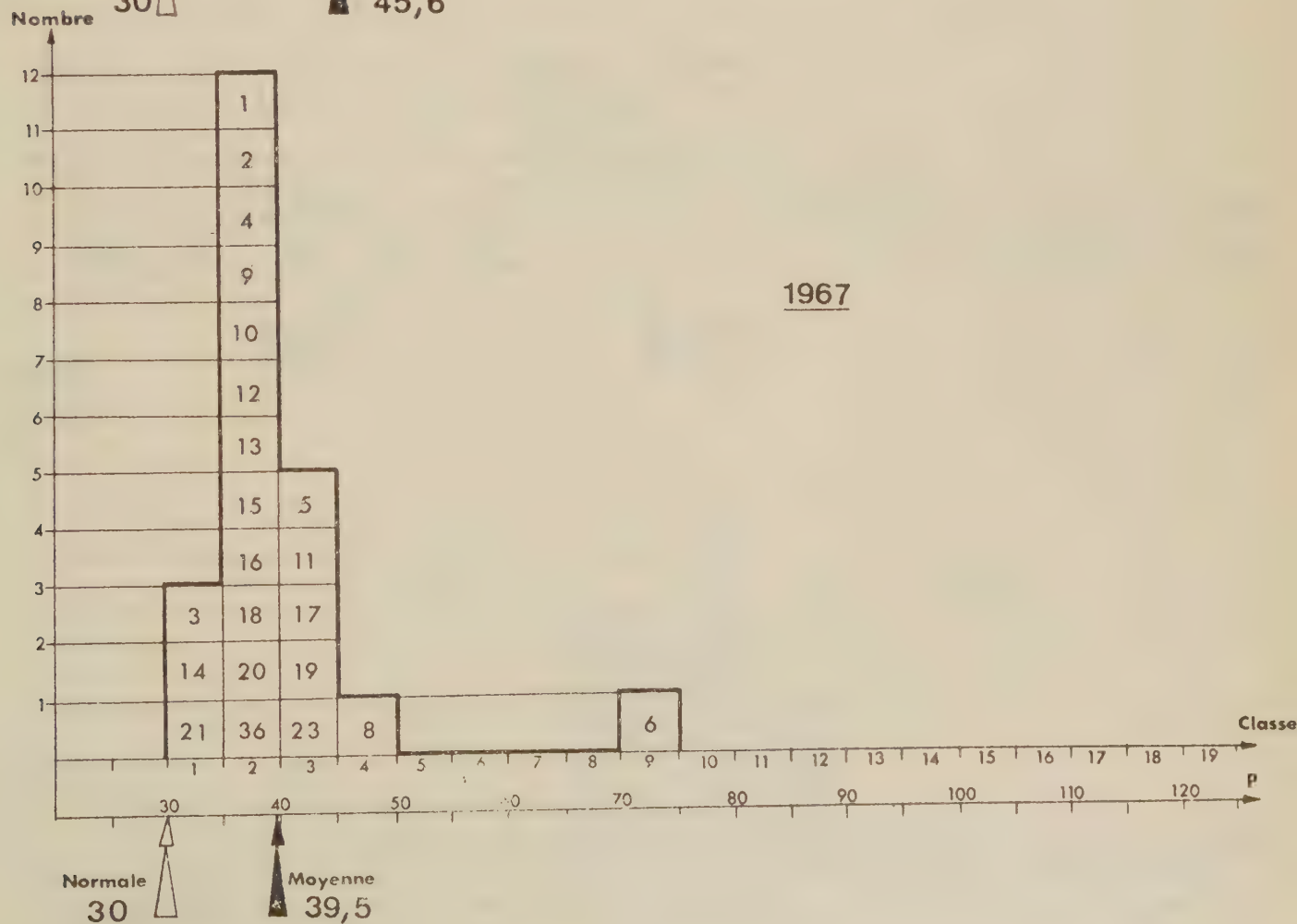
Nombre

HISTOGRAMMES DU p URINE. 22 CAS.

1966



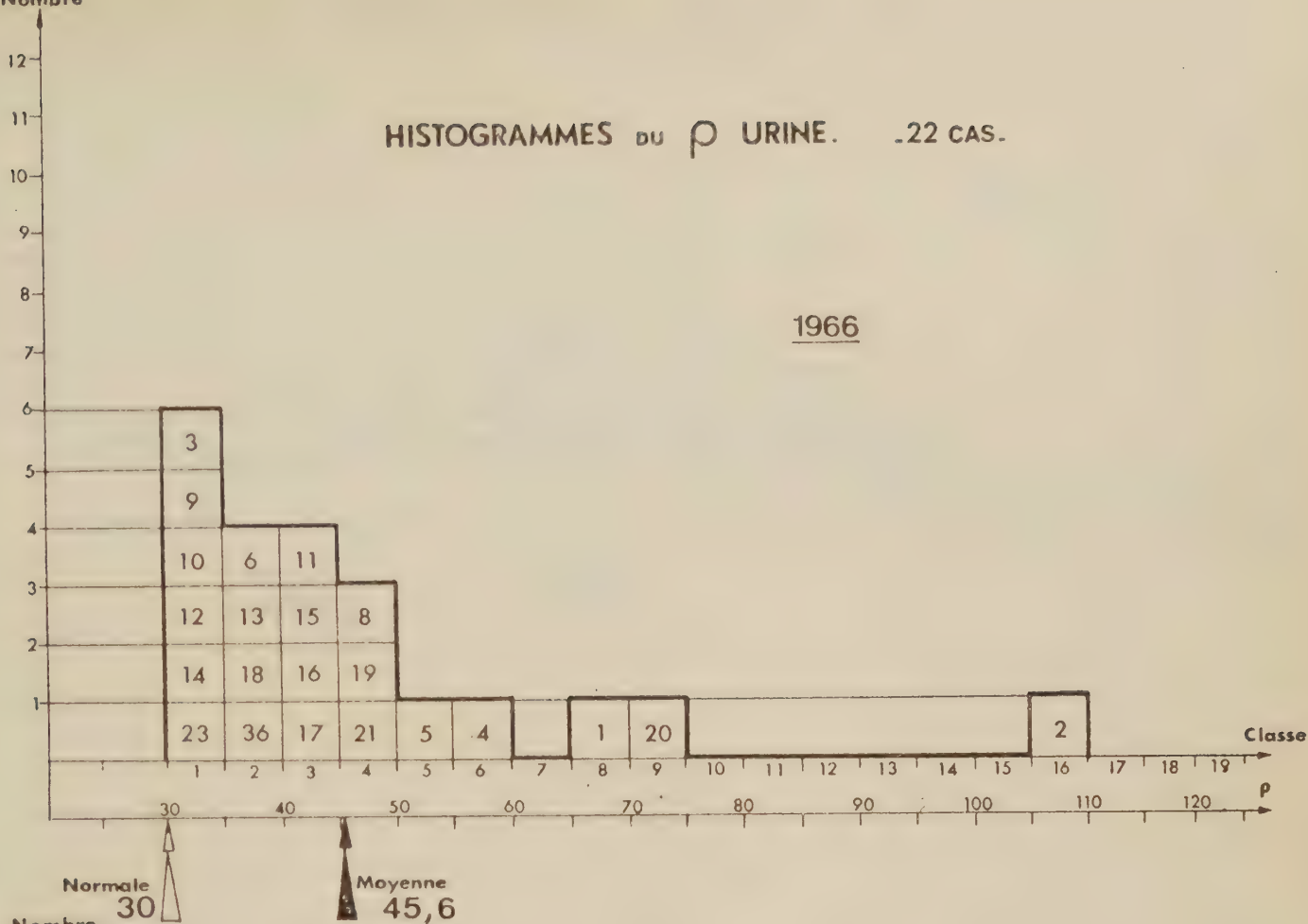
1967



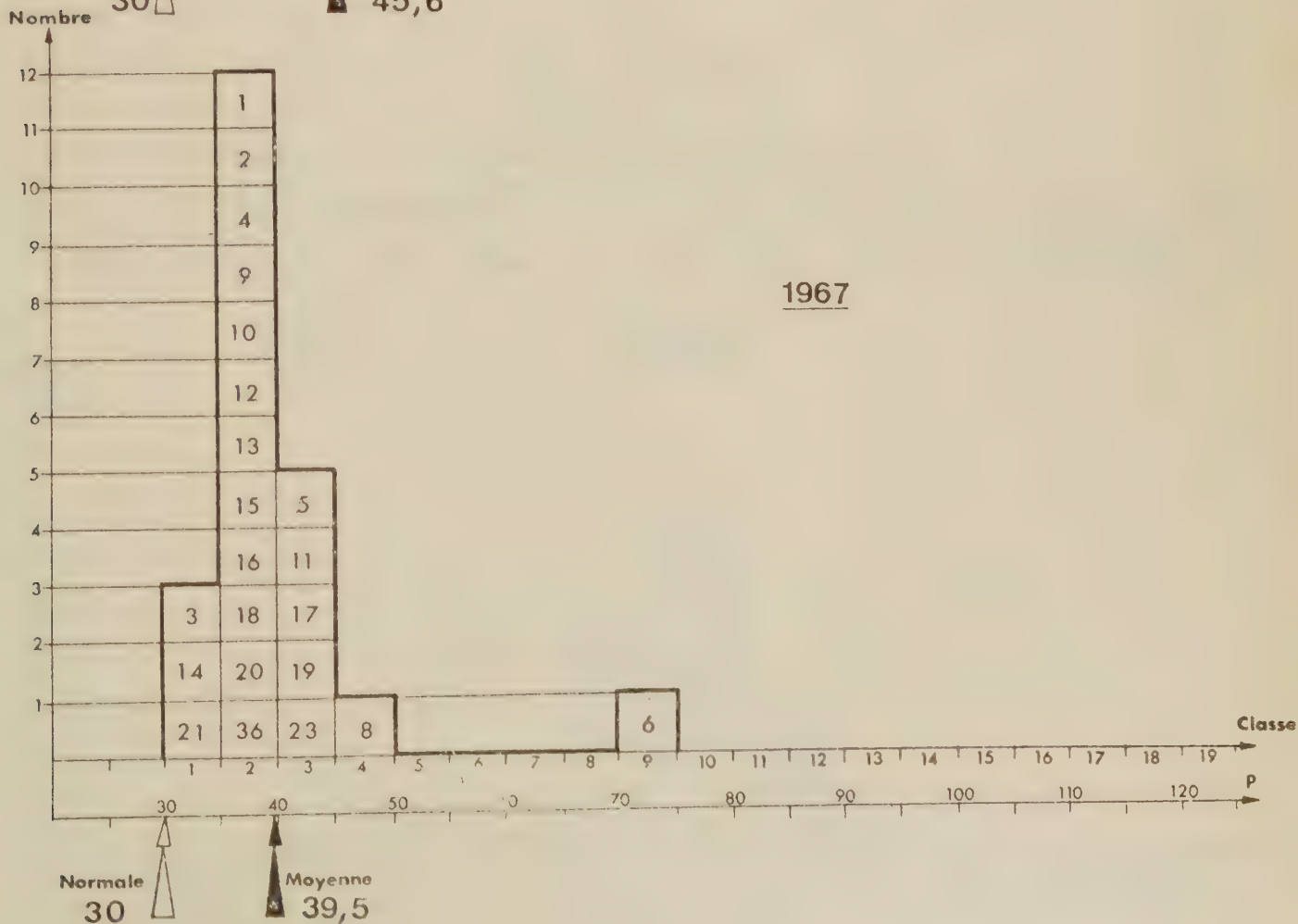
Nombre

HISTOGRAMMES DU ρ URINE. 22 CAS.

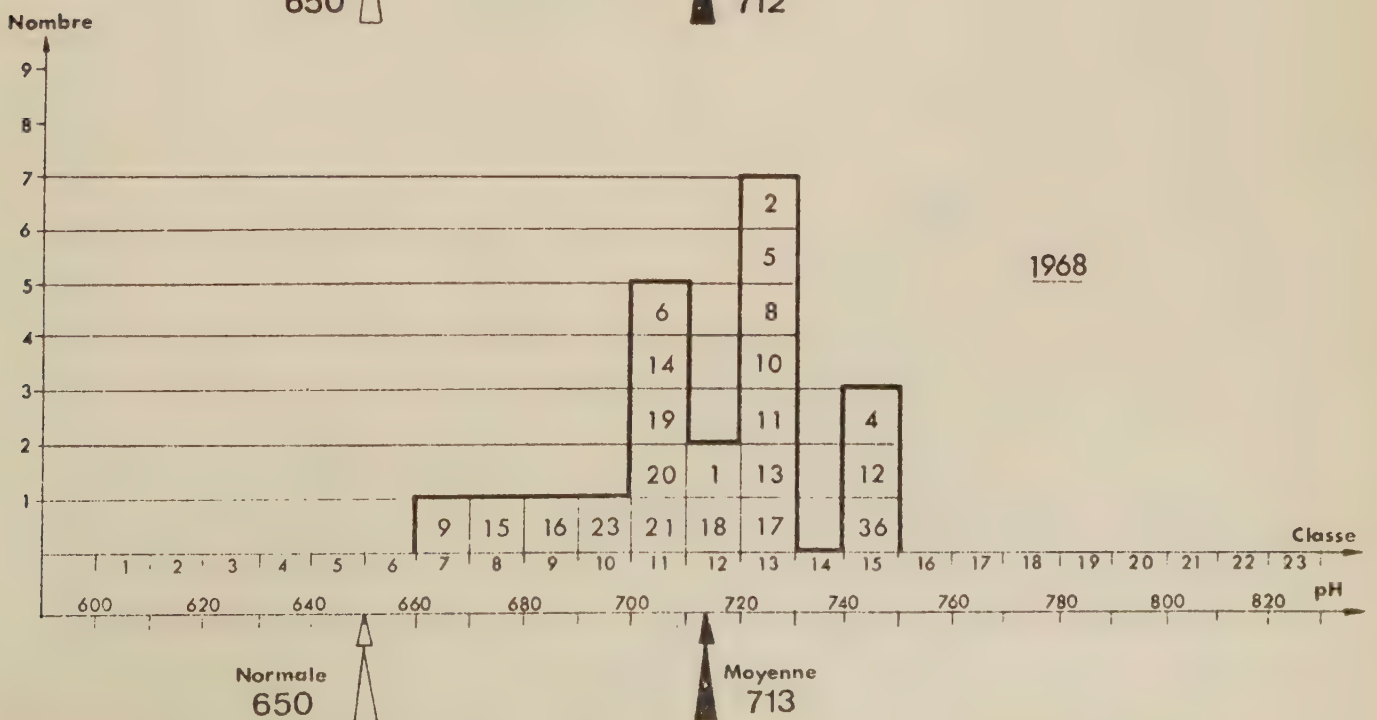
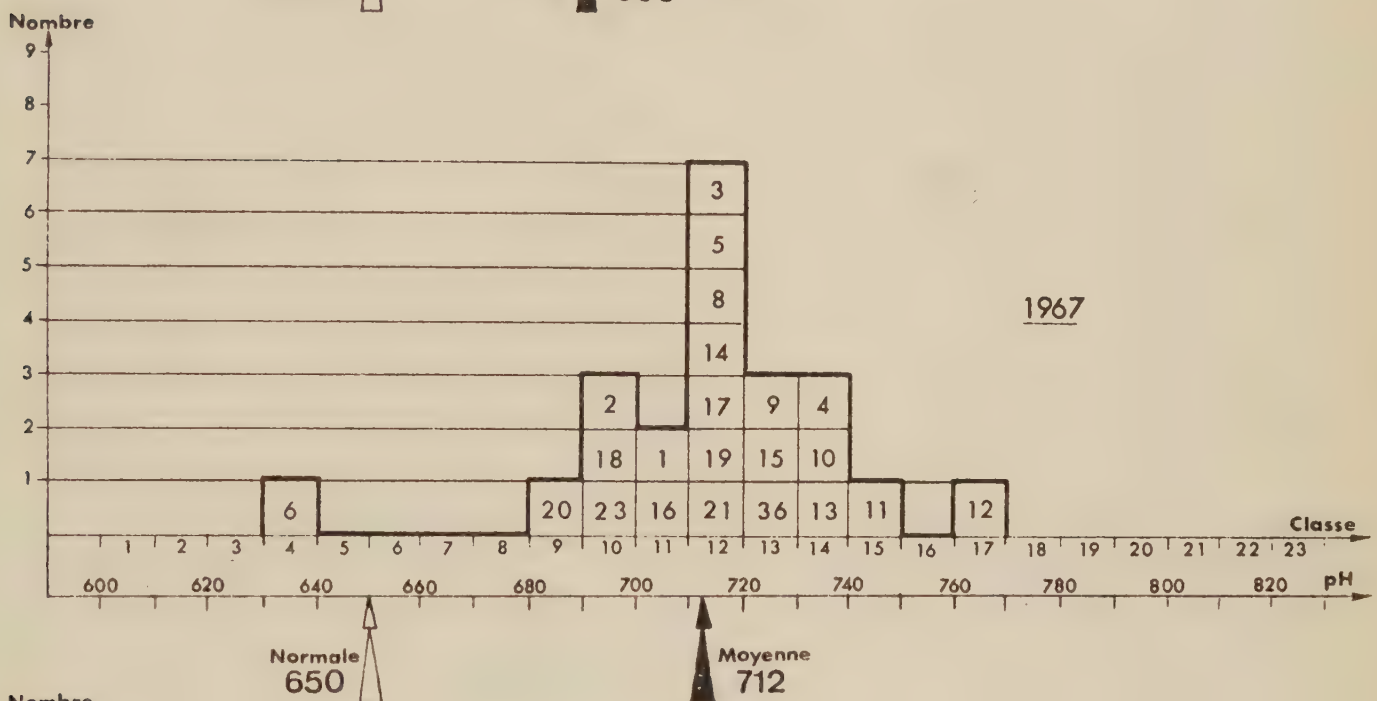
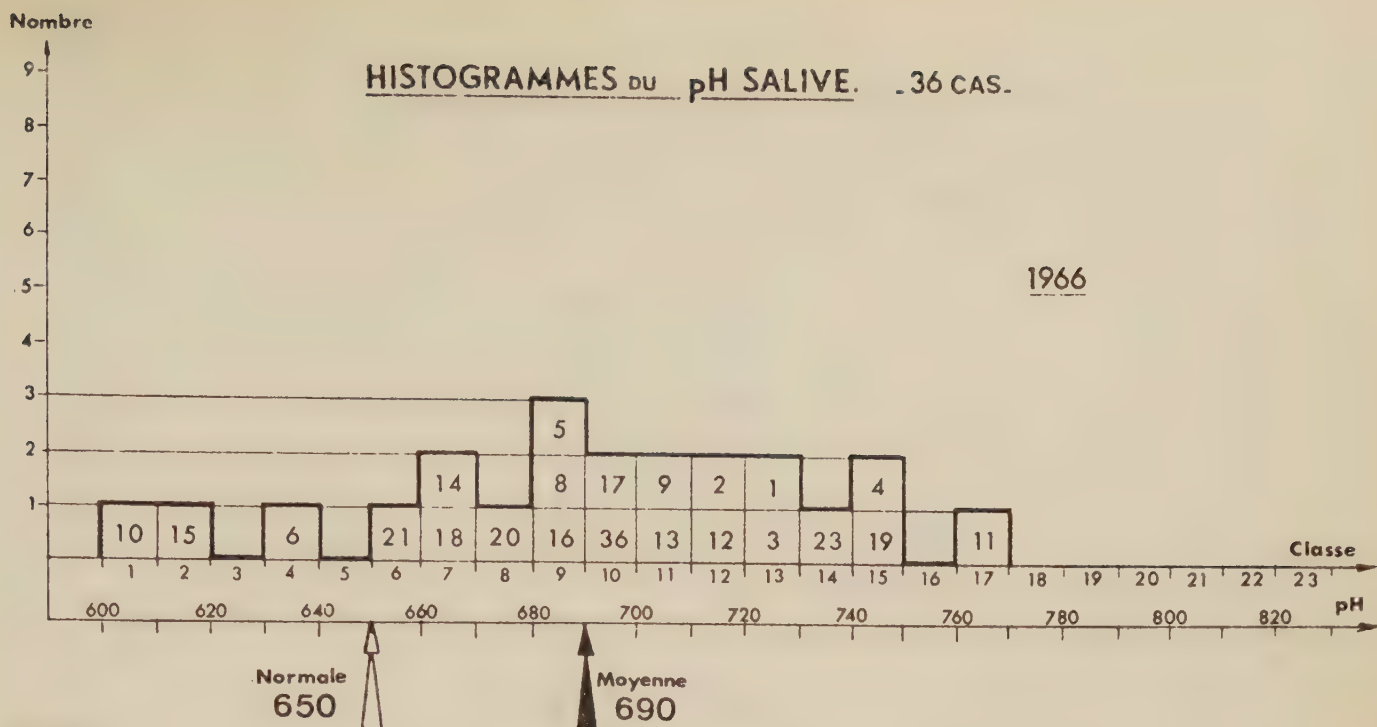
1966



1967



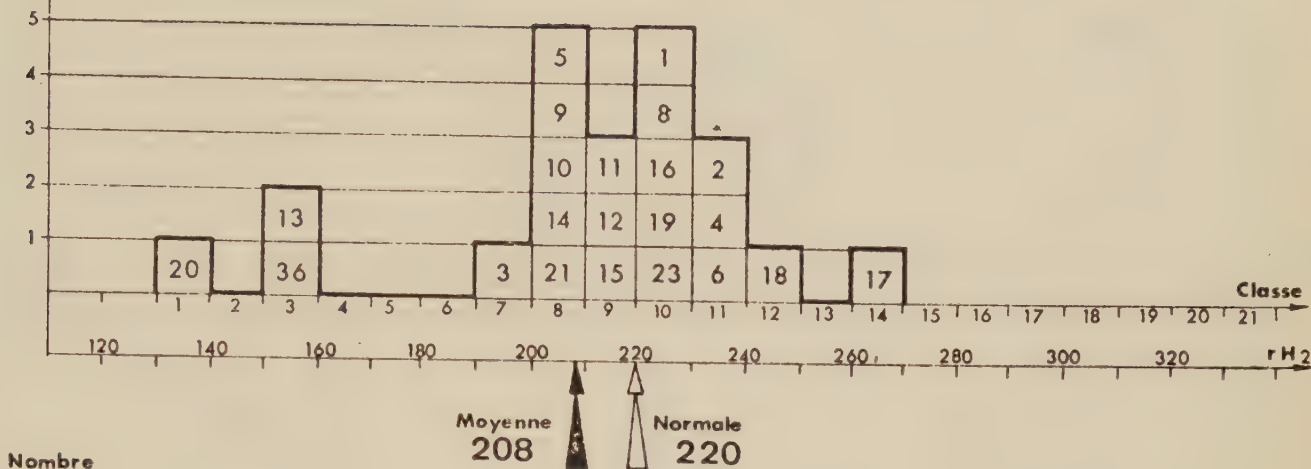
HISTOGRAMMES DU pH SALIVE. -36 CAS.



Nombre

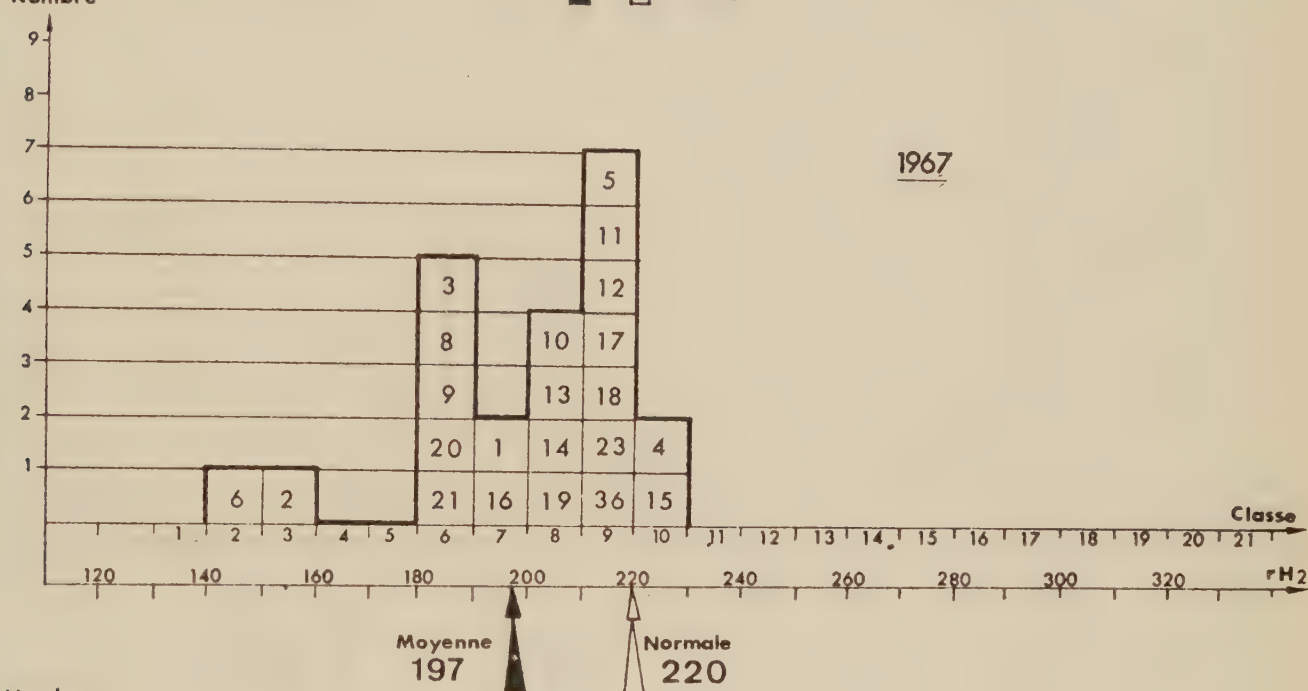
HISTOGRAMMES du rH_2 SALIVE. 36 CAS.

1966



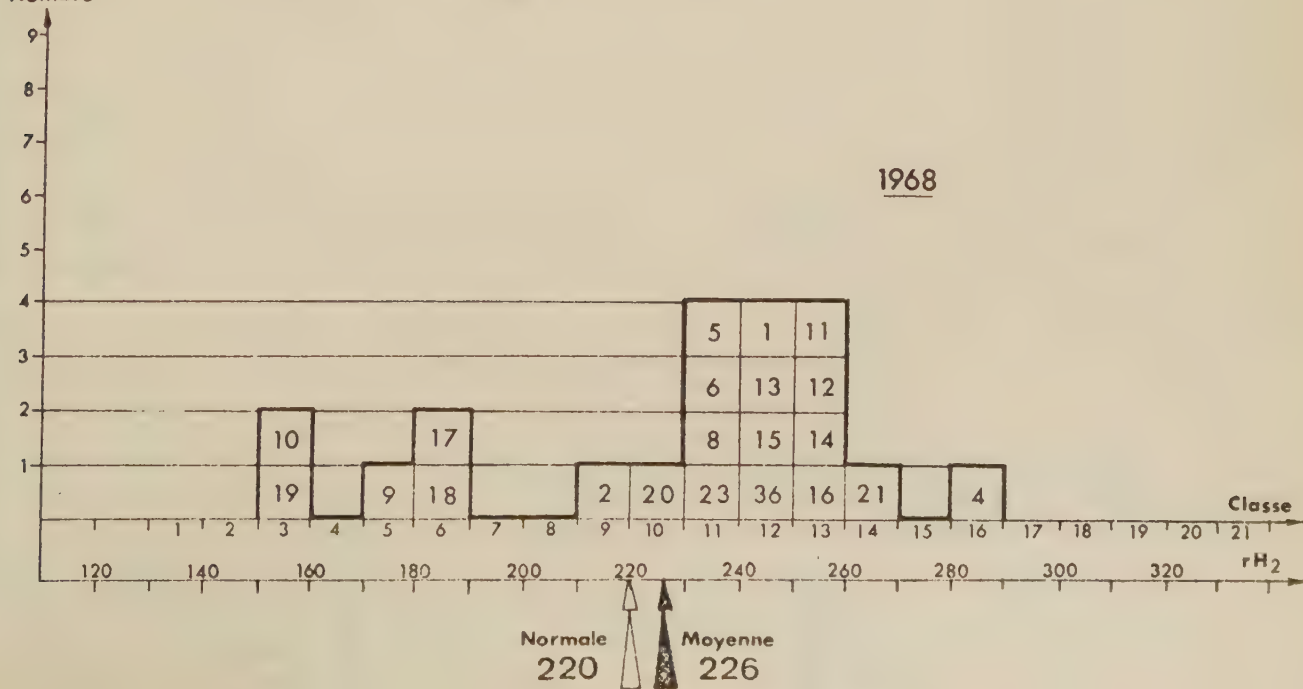
Nombre

1967

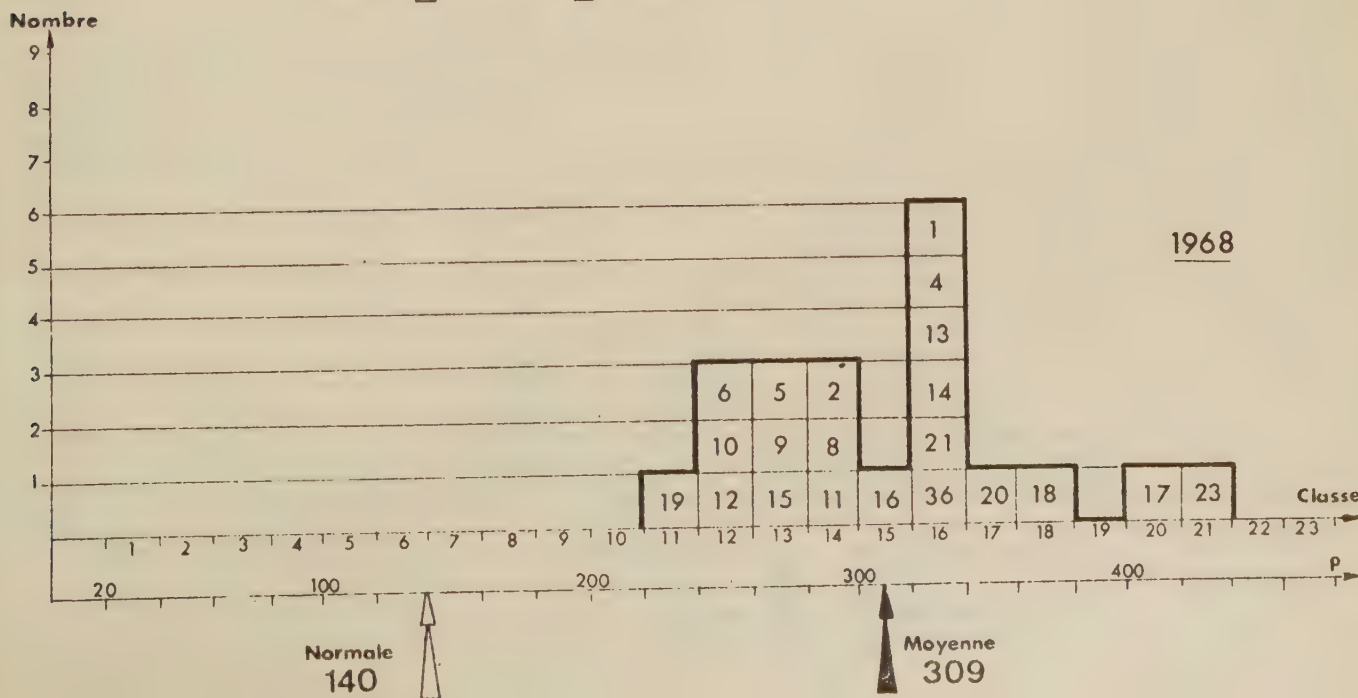
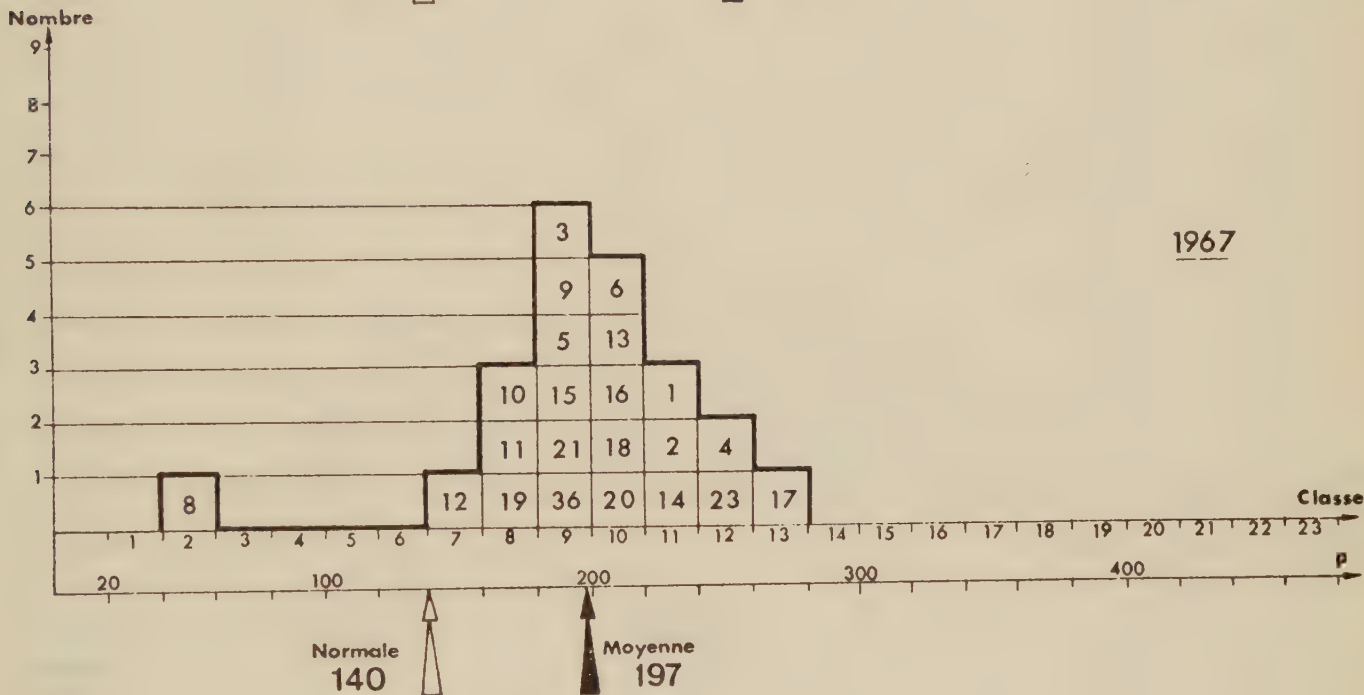
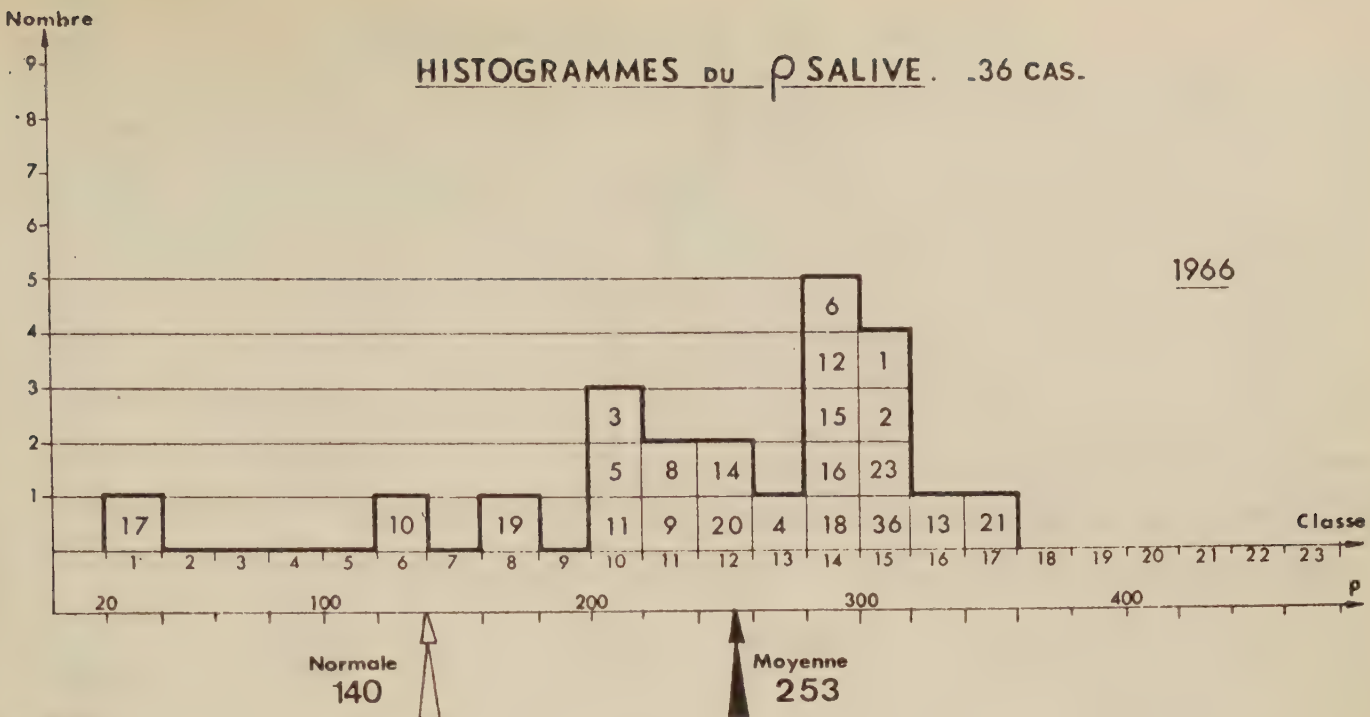


Nombre

1968

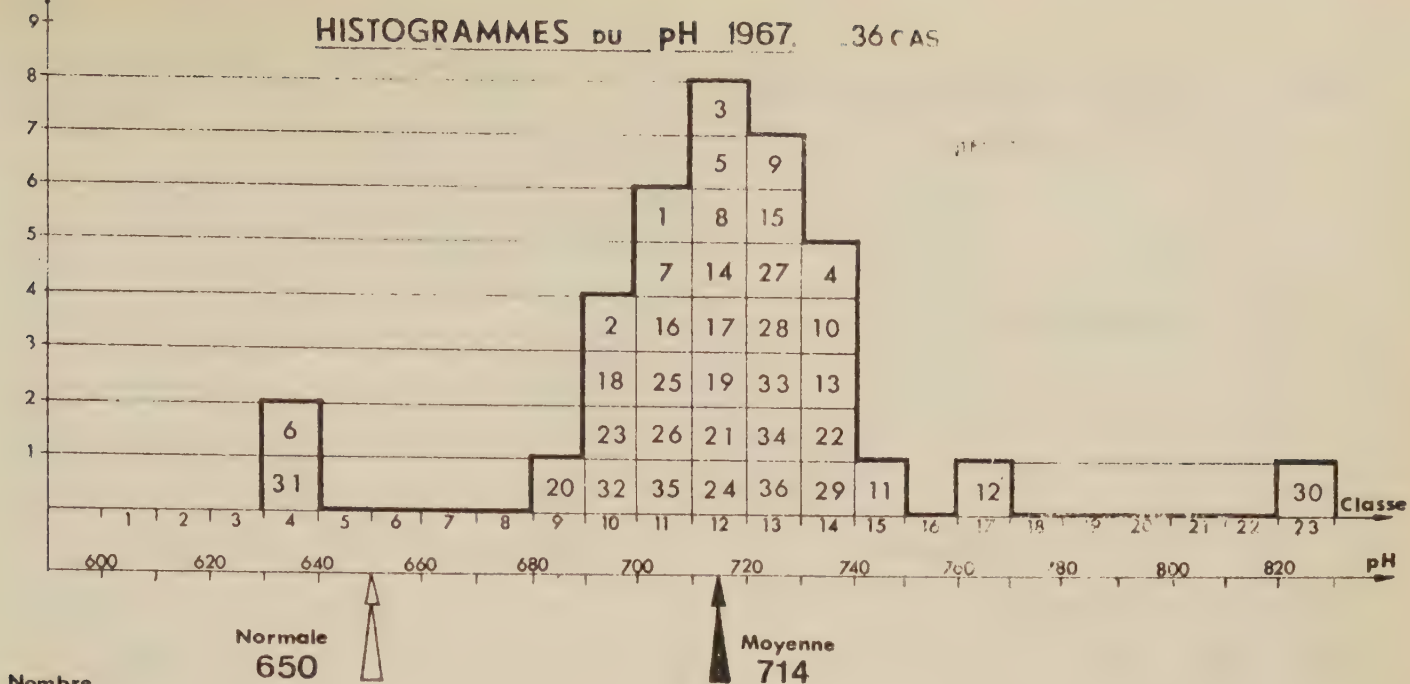


HISTOGRAMMES DU ρ SALIVE. 36 CAS.

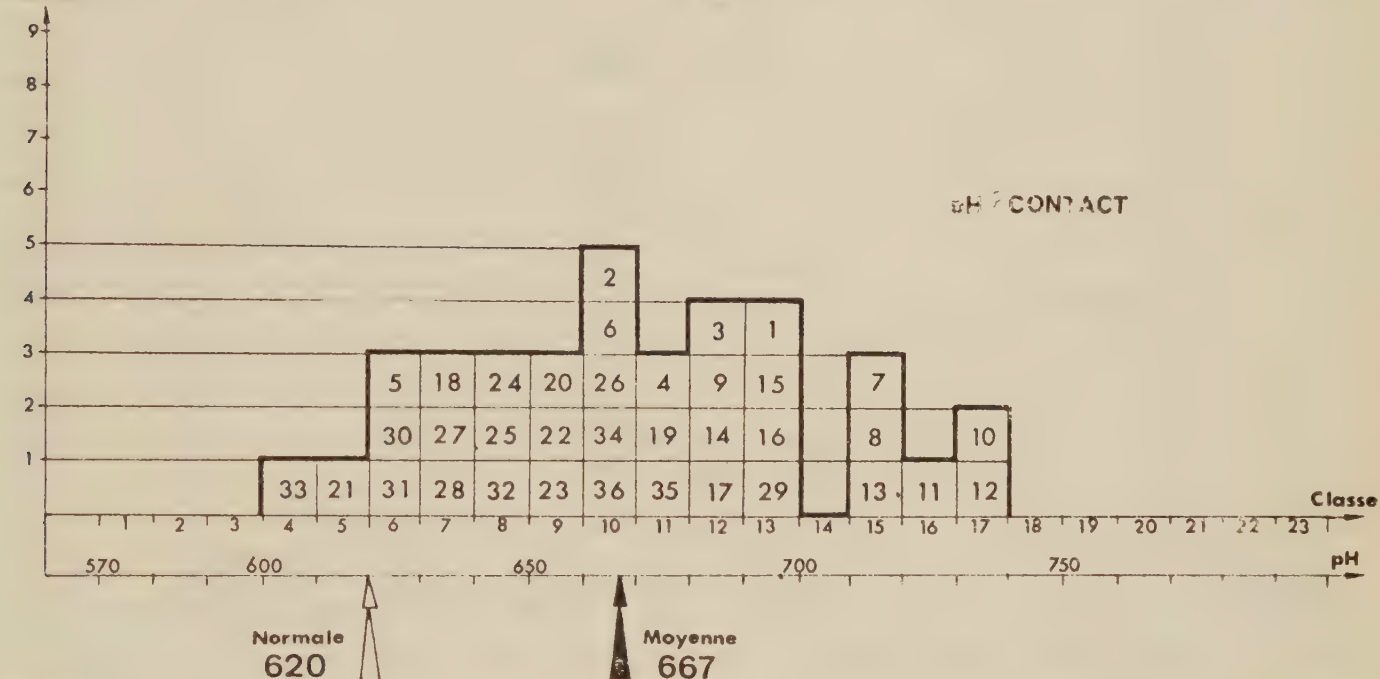


Nombre

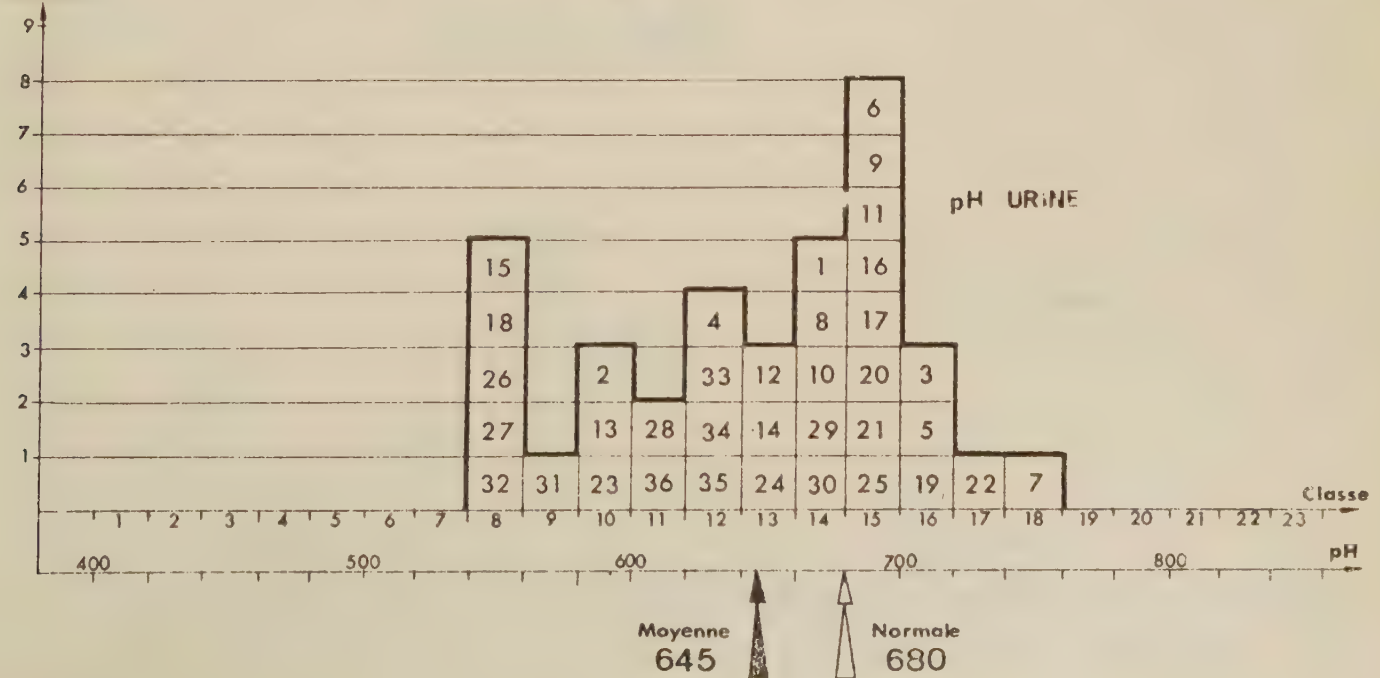
HISTOGRAMMES du pH 1967 36 CAS

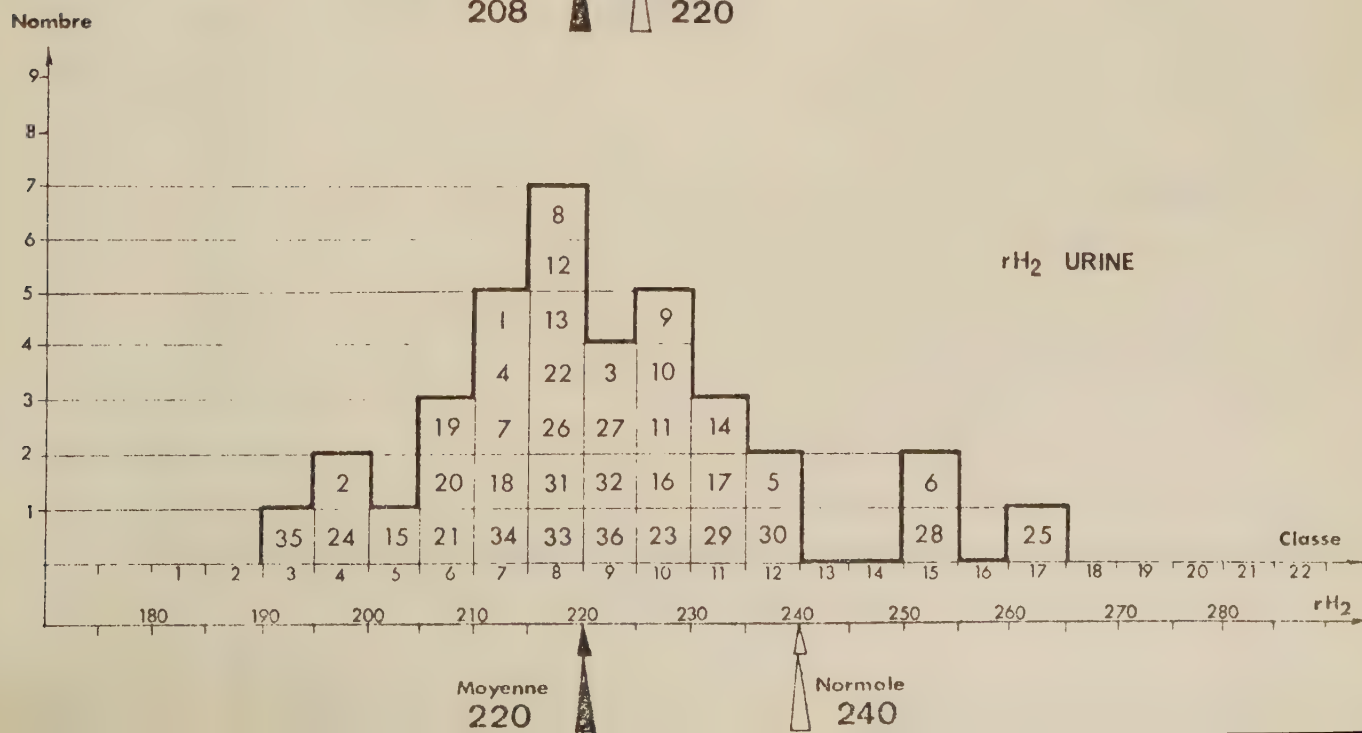
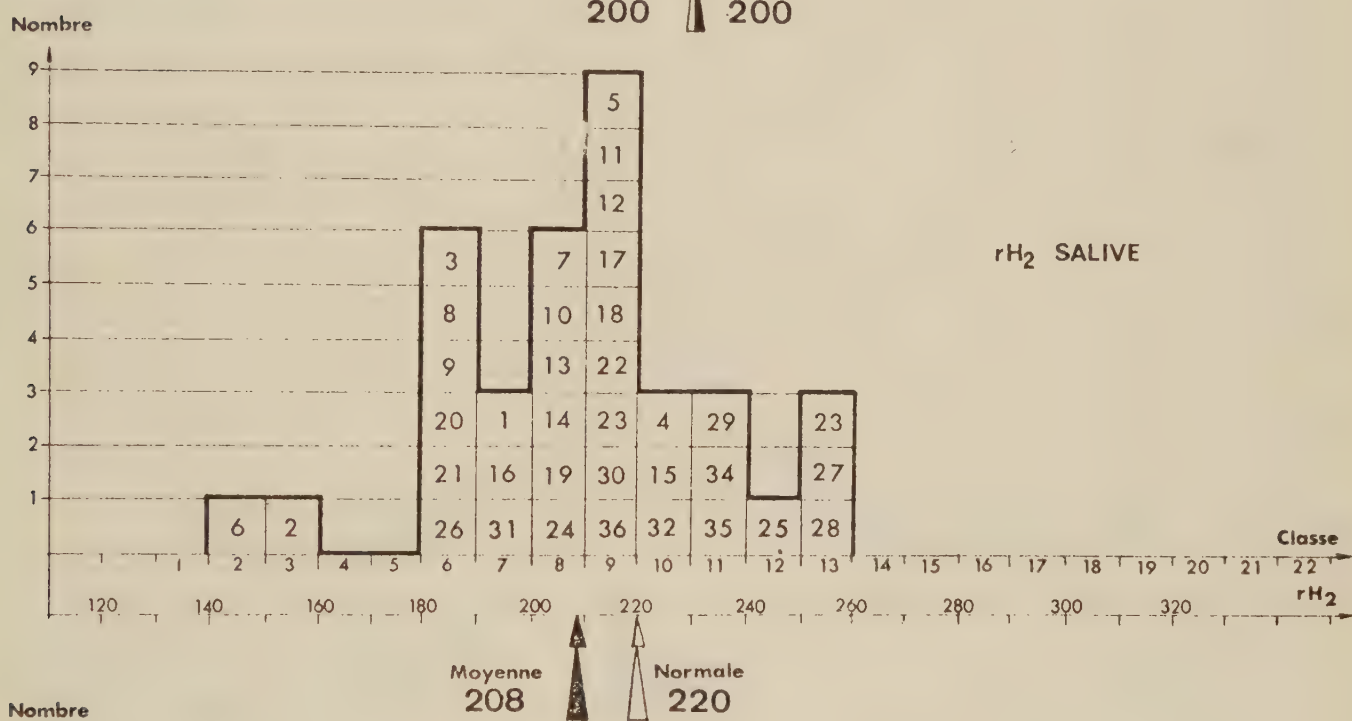
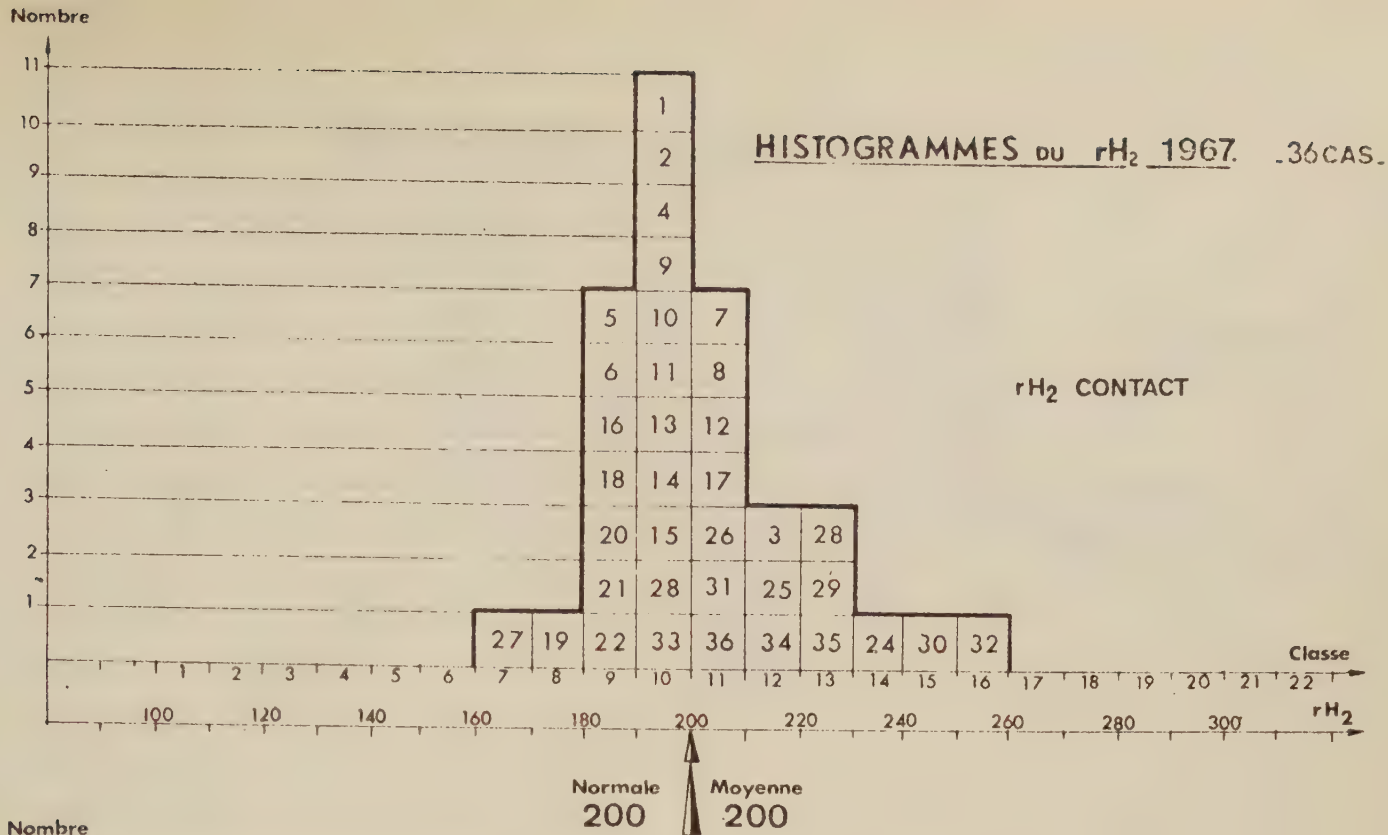


Nombre

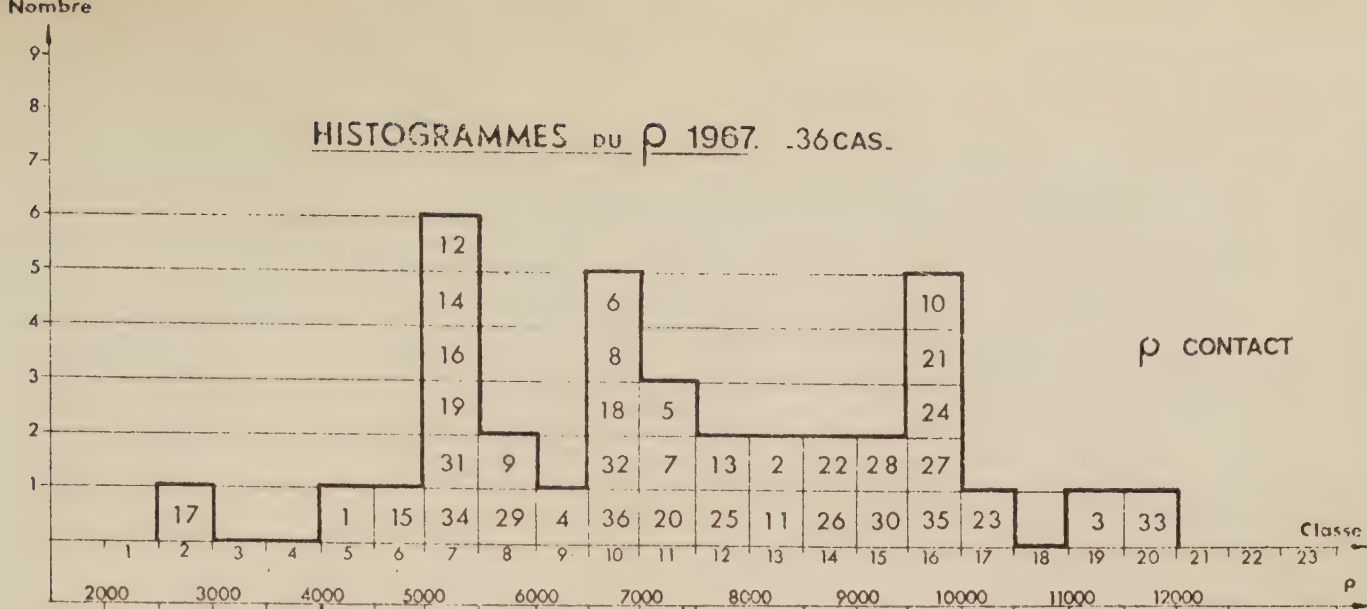


Nombre





HISTOGRAMMES DU ρ 1967. 36 CAS.



ESSAI D'ELABORATION
D'UNE FICHE D'OBSERVATION
PSYCHOLOGIQUE POUR
ENFANTS PLACES EN I. M. P.

SOMMAIRE
=====

1	- Motivation	Page 33
2	- Ascendants	Page 37
3	- Situation familiale.....	Page 39
4	- Fratrie	Page 42
5	- Antécédents personnels	Page 44
6	- Morbidité personnelle	Page 48
	6-1 Préalable n° 1	Page 48
	6-2 Préalable n° 2	Page 50
	6-3 Préalable n° 3	Page 51
	6-4 Morbidité personnelle (fiche)	Page 53

7 - Niveau de la débilité.....	Page 55
8 - Résultats scolaires.....	Page 55
9 - Neuro-motricité.....	Page 57
10 - Relations avec les adultes.....	Page 58
11 - Relations avec les autres enfants.....	Page 60
12 - Les névroses	
11-1 Rappel.....	Page 62
11-2 Fiche.....	Page 66
13 - Distinction entre névroses et psychoses.....	Page 68
14 - Evolution psychotique possible.....	Page 71
15 - Les psychoses	
15-1 Présentation.....	Page 72
15-2 Les états aigus.....	Page 74
15-3 Les psychoses chroniques.....	Page 75
15-4 Remarque terminale.....	Page 77

15 - Les psychoses (suite)

15-5 Quelques types de psychose (fiche)

15-5-1 Psychoses aiguës Page 79

15-5-2 Psychoses chroniques Page 82

16 - Conclusion de la partie psychologique..... Page 85

Les réflexions contenues dans le premier chapitre ont été élaborées à la faveur d'une expérience précise, celle de l'observation de la denture d'enfants débiles en institution. Mais, comme on a pu le constater, nous avons été amené, en méditant sur les insuffisances de la méthode utilisée, à penser les problèmes généraux de l'observation dentaire bien au-delà de ce que pose l'observation des jeunes débiles.

Nous étions en train d'obtenir, de façon laborieuse et discutable, un certain nombre de renseignements aussi objectifs que possible sur le plan dentaire. La logique de notre projet supposait donc que nous tentions de recueillir des renseignements du même ordre et dans le même esprit sur le plan psychologique. Et puisque le bon vouloir des responsables de l'établissement nous permettait d'avoir accès aux dossiers médico-psycho-pédagogiques des enfants, autorisation fut demandée et obtenue d'en prendre photocopie, de manière à pouvoir les étudier tout à loisir en dehors de l'établissement. Nous étions très mal à l'aise à l'idée de devoir exploiter - nous ne disons pas interpréter - un matériel pour nous entièrement nouveau. Au demeurant, nous savions que le contenu de ces dossiers ne répondait pas à une finalité proprement scientifique.

Ces dossiers sont établis de manière à fournir aux administrations de tutelle des renseignements rapides sur l'état des enfants et leur évolution ; d'autre part, ils remplissent une fonction interne et sont disposés de manière à permettre à un éducateur, auquel un enfant poserait un problème, d'y découvrir des éléments de nature à le résoudre.

La personnalité des enfants s'y trouve donc étudiée dans une perspective essentiellement pratique. Les conclusions du rapport de synthèse notamment, rédigées, en accord avec le neuro-psychiatre, par le conseiller psycho-pédagogique, ne constituent pas des études de cas intemporelles et exhaustives ; elles sont autant de "clin d'oeil" aux autorités de tutelle, ainsi qu'aux éducateurs de l'institution. Dans le dernier domaine notamment elles relatent tout autant les attitudes des éducateurs à l'égard de l'enfant que ce que l'enfant peut offrir de lui-même en fait de comportement.

Cependant, nous abordions l'examen de ces dossiers avec le même souci d'objectivité qui nous avait guidé dans nos observations dentaires, et dont nous avons perçu certaines limites, sans en abandonner pour autant totalement le principe. En somme, nous voulions extraire de dossiers cliniques, pratiques, interrelationnels, ce qui pouvait apparaître comme des traits objectifs présentés par l'enfant.

Nous avons cru trouver une aide dans le fait que bien des rapports d'éducateurs nous paraissaient bâtis sur le même modèle. Un plan revenait couramment : on décrit d'abord l'apparence physique et la vitalité de l'enfant ; on brosse en quelques traits son comportement à l'intérieur et à l'extérieur de l'Etablissement ; on le suit pendant tous les moments de sa vie quotidienne, du lever au coucher en passant par la sieste, quand il fait sa toilette, prend ses repas ou s'ébat dans les jeux ; on relate ses relations avec l'éducateur, les camarades, les services généraux (cuisine, lingerie, etc...) et enfin la famille ; avec parfois une ébauche d'interprétation. Il est vrai que les éducateurs diplômés - et qui par conséquent ont fréquenté une Ecole - y ont effectué une scolarité de trois années et ont été formés à une discipline d'observation : on leur a appris à rédiger des rapports. Il y a d'ailleurs à cet égard, d'une école à l'autre, des différences notables : - tantôt on conditionne littéralement l'éducateur à observer sans interpréter ; - tantôt, lorsque l'influence d'un psychiatre ou d'un psychologue marque profondément la structure et l'esprit de l'école, on "tolère" que l'éducateur s'aventure dans les chemins de la psychologie tout en marquant que, certes, il ne saurait se croire pour autant psychologue.

Il est probable que le voeu profond de futurs éducateurs - peu portés sur la plume et inquiets à l'idée de devoir, en réunion de synthèse et en présence d'autorités médicales et psychologiques, produire un texte destiné en outre à être conservé dans les dossiers - serait que l'obligation de rédiger soit remplacée par l'établissement d'une fiche personnelle ; et certains concevraient sans doute favorablement le projet de réduire leur activité à remplir par des croix les cases d'une fiche préétablie. Les responsables des écoles ne sont sans doute pas loin de penser que ce serait là le procédé technique le plus simple qui permette à l'éducateur de rester dans son domaine et de n'en point sortir. En fait, les éducateurs diplômés ont tous travaillé naguère sur une fiche d'observation. Quant aux

éducateurs non diplômés, qui sont relativement nombreux aux Rosiers, ils s'adressent tout naturellement à leurs aînés qualifiés lorsqu'ils ont à établir un rapport. Et il est probable que les fiches d'observation proposées dans les écoles y circulent comme ailleurs de façon plus ou moins explicite. Nous dirons plus tard, quand nous aurons à étudier certains de ces rapports, que les consignes données à leurs éducateurs par les responsables des Rosiers sont d'un tout autre ordre. Néanmoins, la consigne ne peut être entièrement respectée et le modèle d'une fiche demeure en toute circonstance sous-jacent. Notre propos d'objectivité paraissait donc pouvoir s'appuyer sur l'existence de cette fiche.

C'est à ce moment précis de l'histoire de notre travail que s'est alors développé un double souci :

- d'abord établir la fiche implicite utilisée aux Rosiers de manière à ce que nous puissions exploiter objectivement les dossiers ;
- ensuite, et peu à peu, constituer une fiche générale d'observation destinée à tous ceux - et en particulier aux Odonto-Stomatologistes - qui voudraient prendre conscience de la dimension psychologique des sujets qu'ils sont appelés à rencontrer dans leur pratique quotidienne.

Nous pensons qu'il faut voir, dans l'émergence de ce second souci, la cause - sans contester notre propre tendance obsessionnelle au perfectionnisme - de ce qui a pu apparaître progressivement de monstrueusement détaillé dans le résultat de cet effort.

En fait, nous pouvons dire déjà que l'impasse à laquelle nous conduisait l'établissement de cette fiche, par l'impossibilité où nous étions de la faire maniable, nous apparaît rétrospectivement significative de la même impossibilité à réaliser un idéal d'observation objective, également sur le plan anatomo-morphologique.

Déjà significative était la première difficulté, ou plutôt le premier problème, qui nous était posé. On pourrait croire que les signes de comportement qu'une fiche doit aider à relever peuvent être classés selon des critères dont l'adoption ne soulève aucune difficulté et ne prête nullement à critique. On serait habilité à observer par exemple l'enfant selon le déroulement chronologique d'une journée d'activité : 1) lever ; 2) petit déjeuner ; 3) travail le matin ; 4) déjeuner ; etc... On pourrait

FICHE PROPONENT DITE

Nom :

Prénoms :

né le :

á

département de
(ou étranger)

ASCENDANTS

- Famille urbaine

○
+

- Famille rurale

○
+

- Père inconnu

○
+

- Mère inconnue

○
+

- Niveau socio-économique

du père :

• sans profession

• ouvrier manuel

- paysan

• artisan

- commerçant

- profession libérale

- fonctionnaire

. militaire de carrière

. autres professions

- Niveau socio-économique

de la mère :

. sans profession

- avec profession

- Famille bien intégrée

○
+

- Age du père à la naissance :

. moins de 20 ans

. de 20 à 25 ans

• de 25 à 30 ans

- de 30 à 35 ans

- plus de 35 ans

- Age de la mère à la naissance

. moins de 20 ans

• de 20 à 25 ans

• de 25 à 30 ans

- de 30 à 35 ans

- plus de 35 ans

○
+

Père

		- maladies mentales :	
. débilité légère	o +	. psychose	o +
. débilité profonde	o +	. névrose	o +
. nervosisme	o + ++ +++	. avec hospitalisation épisode	
- maladies mentales :		. avec hospitalisation permanente	
. psychose	o +	. sans hospitalisation	
. névrose	o +	- alcoolisme	o + ++ +++
. avec hospitalisation épisode		. sans violence	o +
. avec hospitalisation permanente		. avec violence	+ ++ +++
. sans hospitalisation		- violence, sans éthyisme	o + ++ +++
- alcoolisme	o + ++ +++	- tuberculose	o +
. sans violence	o +	- rubéole	o +
. avec violence	+ ++ +++	- maladies infectieuses autres que rubéole	o +
- violence, sans éthyisme	o + ++ +++	surdité	+++
- tuberculose	o +		

Mère

. débilité légère	o +
. débilité profonde	o +
. nervosisme	o + ++ +++

SITUATION FAMILIALE

<u>- Père</u>		- absence de la mère	o +
- présence constante du père	o +	. entre 0 et 2 ans	
- mort du père :		. entre 2 et 5 ans	
. avant 2 ans		. entre 5 et 12 ans	
. entre 2 et 5 ans		. pendant moins de 3 mois	
. entre 5 et 12 ans		. entre 3 et 6 mois	
- absence du père	o +	. entre 6 et 12 mois	
. entre 0 et 2 ans		. plus d'un an	
. entre 2 et 5 ans		. une seule fois	
. entre 5 et 12 ans		. plus d'une fois	
. pendant moins de 3 mois		. pour hospitalisation	
. entre 3 et 6 mois		. pour une autre raison	
. entre 6 et 12 mois		- foyer stable	o +
. plus d'un an		- dispute conjugale	o +
. une seule fois		- séparation	o +
. plus d'une fois		- divorce	o +
. pour hospitalisation		. avant 2 ans	
. pour une autre raison		. entre 2 et 5 ans	
		. entre 5 et 12 ans	
<u>- Mère</u>		- concubinage avec un autre que le père	o +
- présence constante de la mère	o +	- concubinage avec une autre que la mère	o +
- mort de la mère :		- remariage du père	o +
. avant 2 ans		- remariage de la mère	o +
. entre 2 et 5 ans			
. entre 5 et 12 ans			

- enfants confiés au père	o +
- enfants confiés à la mère	o +
- placement nourriciers ou autres	o +
. unique	
. deux placements	
. plus de deux placements	
. nourrice femme seule	
. couple nourricier	
. autres enfants dans la famille nourricière	
- l'enfant a sa chambre	o +
- l'enfant n'a pas sa chambre	o +

. craintif	o +
. indifférent	o +
. obéissant	o +
. entente	o +
. affectueux	o +
. admiratif	o +
. exigeant	o +
<u>- Père</u>	
. protecteur	o +
	++
	+++
. rejetant	o +
	++
	+++

Avec le père

. opposant	o +
. craintif	o +
. indifférent	o +
. obéissant	o +
. entente	o +
. affectueux	o +
. admiratif	o +
. exigeant	o +

- Mère

. débordée	o +
. non débordée	o +
. protectrice	o +
	++
	+++
. rejetante	o +
	++
	+++
- père et mère autoritaires	o +
- père et mère faibles	o +
- père autoritaire et mère faible	o +
- père faible et mère autoritaire	o +

Avec la mère

. opposant	o +
------------	--------

FRATRIE

- fils unique	0 +	frère jumeau	0 +
- nombre d'enfants :		soeur jumelle	0 +
. garçons	1		
	2	- Mort de :	
	3	. un frère	0 +
	4		
	5	. un frère jumeau	0 +
	6		
plus de 6		. une soeur	0 +
. filles	1	. une soeur jumelle	0 +
	2		
	3	. plus agé (e)	0 +
	4		
	5	. plus jeune	0 +
	6		
plus de 6		. de plus d'un frère ou d'une soeur	0 +
- Rang de l'enfant :		- l'enfant survivant est :	
premier		. un garçon	
2ème		. une fille	
3ème		- distance temporelle entre	
4ème		le sujet et	
5ème		. son frère	
6ème		. sa soeur	
7ème			
8ème		immédiatement plus jeune	
9ème		plus jeune d'un an	
10ème			
11ème		de 18 mois	
12ème		de 2 ans	
au-delà		de 2 ans 1/2	
avant-dernier			
dernier-né		de 3 ans	

de 4 ans		. plus jeune	o +
de 5 ans et au-delà		- fixation sur une soeur	
- entente avec les aînés		. plus âgée	o +
. bonne		. plus jeune	o +
. mauvaise		- présence d'enfants de plusieurs lits	o +
- entente avec les cadets		- le sujet est le dernier d'un premier lit	o +
. bonne			
. mauvaise			
- fixation sur un frère			
. plus âgé	o +		

ANTECEDENTS PERSONNELS

- enfant désiré	o +	- couveuse non immédiate	o +
- enfant non désiré	o +	. pendant 1 semaine	
- mariage après naissance	o +	2 "	
- grossesse :		3 "	
. bien supportée	o +	4 "	
. mal supportée	o +	5 "	
. maladies de la mère	o +	6 "	
- absorption de médicaments	o +	7 "	
- chutes	o +	8 "	
- repos au lit	o +	9 "	
- menaces de fausses-couches	o +	10 "	
- fausses-couches	0	11 "	
	1	12 " et au-dessus	
	2	- accouchement :	
	3	. à la maison	o +
plus de 3		. en maternité	o +
- naissance :		- durée du séjour en maternité :	
après terme		. une semaine	o +
à terme		. plus d'une semaine	o +
avant terme		- accouchement :	
. à 8 mois 1/2		. facile	o +
. entre 8 mois et 8 mois 1/2		. difficile	o +
. entre 7 et 8 mois		- présentation :	
. entre 6 et 7 mois		. bonne	o +
- couveuse immédiate	o +	. mauvaise	o +
		. forceps	o +

- césarienne	o +	- sevrage	
- circulaire du cordon	o +	. 0	
- cyanose	o +	. brusque	
- cri immédiat	o +	. progressif	
- poids à la naissance	o +	- première dent	o +
. moins de 5 livres		. à la naissance	
. entre 5 et 6 livres		. à 1 mois	
. " 6 et 7 "		. 2 "	
. " 7 et 8 "		. 3 "	
. 8 livres		. 4 "	
. 9 livres		. 5 "	
. 10 livres et plus		. 6 "	
- allaitement maternel	o +	. 7 "	
. d'une durée de :		. 8 "	
1 mois		. 9 "	
2 "		. 10 "	
3 "		. 11 "	
4 "		. 12 "	
5 "		. après un an	
6 "		- premier pas	o +
7 "		. à 9 mois et avant	
8 "		. entre 9 et 10 mois	
9 "		. " 10 et 12 "	
10 "		. " 12 et 14 "	
11 "		. " 14 et 16 "	
12 "		. " 16 et 18 "	
15 "		. " 18 et 20 "	
18 "		. " 20 et 22 "	
21 "		. " 22 mois et 2 ans	
deux ans et au-delà		. " 2 ans et 2 ans 1/2	

- . entre 2 ans 1/2 et 3 ans
- . après 3 ans
- premier mot o
+
 - . avant 8 mois
 - . de 8 à 10 mois
 - . de 10 à 12 "
 - . de 12 à 14 "
 - . de 14 à 16 "
 - . de 16 à 18 "
 - . de 18 à 20 "
 - . de 20 à 22 "
 - . de 22 mois à 2 ans
 - . de 2 ans à 2 ans 1/2
 - . de 2 ans 1/2 à 3 ans
 - . de 3 ans à 3 ans 1/2
 - . de 3 ans 1/2 à 4 ans
 - . après 4 ans
- propreté de jour
 - . acquise entre :
 - 6 et 9 mois
 - 9 et 12 "
 - 12 et 15 "
 - 15 et 18 "
 - 18 et 21 "
 - 21 et 24 "
 - 2 ans et 2 ans 1/2
 - 2 ans 1/2 et 3 ans
 - 3 ans et 3 ans 1/2
 - 3 ans 1/2 et 4 ans
 - . non acquise à 4 ans
- propreté de nuit
 - . acquise à partir de :
 - un an
 - 15 mois
 - 18 "
 - 21 "
 - 2 ans
 - 27 mois
 - 2 ans 1/2
 - 3 "
 - 3 " 1/2
 - 4 "
 - 4 " 1/2
 - . non acquise à 5 ans
- énurésie actuelle o
+
 - . régulière o
+
 - . épisodique o
+
- réapparition de l'énurésie o
+
- âge de l'enfant à la réapparition de l'énurésie :
 - . deux ans
 - . entre 2 ans et 2 ans 1/2
 - . " 2 ans 1/2 et 3 ans
 - . " 3 ans et 3 ans 1/2
 - . " 3 ans 1/2 et 4 ans
 - . " 4 ans et 4 ans 1/2
 - . " 4 ans 1/2 et 5 ans
 - . " 5 ans et 5 ans 1/2
 - . " 5 ans 1/2 et 6 ans
 - . " 6 ans et 6 ans 1/2
 - . " 6 ans 1/2 et 7 ans
 - . après 7 ans

MORBIDITE PERSONNELLE

N.B. L'auteur de cet ouvrage ne cache pas ses sympathies pour une approche homoeopathique de l'observation d'un organisme vivant en situation et de son comportement.

Chaque fois que faire se peut, il utilise lui-même cette approche jusque dans la prescription de certains remèdes qu'il est amené à effectuer à l'égard de ses patients.

En ce qui concerne par ailleurs la séméiologie telle qu'elle a pu être, à l'époque, rassemblée à l'I.M.P. des Rosiers, il faut dire que les signes constitués doivent se comprendre à travers le fait que le médecin omnipraticien de l'établissement était homoeopathe. De ce fait, la séméiologie contenue dans les dossiers mis à notre disposition n'est pas tout à fait de la même essence que celle qu'un médecin généraliste allopathe, formé classiquement aux disciplines de la Faculté, aurait relevée.

Nous sommes convaincu pour notre part que, s'agissant ici d'une fiche psychologique, le cadre homoeopathique fournit tous les éléments suffisants, sur le plan de l'observation physiologique et de la morbidité somatique des sujets, pour la constitution d'une telle fiche.

Préalable n° 1

Nous ne prétendons pas ici résoudre le très important problème posé dans l'homoeopathie (mais, à ce qu'il nous semble, non entièrement résolu) de savoir si elle est une approche psycho-somatique, ou somato-psychique de la maladie. Ceci fait l'objet, si nous sommes bien informés, de discussions entre homoeopathes, où les aspects théoriques, si ce n'est idéologiques, prennent assez volontiers le premier pas sur les constatations strictement empiriques.

Nous ne sommes pas, pour notre part, entièrement convaincu que la notion de médecine psycho-somatique ou médecine somato-psychique soit parfaitement définie. Il nous paraît que le propre de l'approche homoeopathique consiste à relever des signes et à les mettre en rapport avec un remède, l'intermédiaire théorique qui permet cette mise en rapport, c'est-à-dire essentiellement la pathogénésie de ce remède ayant elle-même fait l'objet préalable d'une recherche, mais dans un champ expérimental différent, c'est-à-dire que l'on utilise pour cela des doses pondérables importantes de l'agent.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'homoeopathe fait une observation clinique, autrement dit lorsqu'il relève des signes, il ne recherche pas plus spécialement les signes purement somatiques, mais il note avec le plus grand soin l'ensemble des manifestations objectives ainsi que subjectives du patient.

Ce sont ces dernières que d'autres que lui désignent comme étant psychologiques, que certains appellent encore psycho-somatiques, que d'aucuns enfin pourraient appeler somato-psychiques.

De toute manière, et dès lors que l'homoeopathie aboutit à l'administration de remèdes présentés sous la forme de granules, il nous semble qu'il s'agit évidemment d'une médecine somato-psychique, plutôt que d'une médecine psycho-somatique, en ce sens que la médecine psycho-somatique, si elle est logique avec elle-même, débouche sur une thérapeutique purement psychologique, ce qui n'est pas le cas pour l'homoeopathie.

L'essentiel est donc de concevoir que l'homoeopathe donnera des remèdes, mais après avoir relevé des signes, sans s'être posé la question de savoir si ces signes sont somatiques, somato-psychiques, psycho-somatiques ou psychologiques.

Dès lors, si un relevé homoeopathique de signes paraît difficilement intégrable dans une séméiologie classique, c'est-à-dire essentiellement à base somatique, elle prend automatiquement sa place dans une description qui veut être psychologique. Non pas, encore une fois, que l'homoeopathie soit une médecine psychologique (elle aboutit à la prescription de remèdes), mais le relevé de signes, en tant qu'il ne fait aucune hypothèse quant à la racine du trouble mais qu'il consent à s'étendre à des

signes globaux, peut-être considéré comme étant psychologique au départ.

Préalable n° 2

Nous nous sommes vigoureusement défendu , tout au long du préambule au développement des critères psychologiques, d'avoir voulu influencer l'utilisateur de cette fiche par un ordonnancement reflétant une théorie préalable.

Nous prions le lecteur de nous autoriser une dérogation à la règle que nous nous étions nous-même imposée, en ce qui concerne le choix et l'ordre des maladies proposées.

Nous avons retenu en effet la classification homoeopathique, parce qu'elle permet non seulement de mieux comprendre le malade à travers son passé morbide, mais également de prévoir en quelque sorte les grandes morbidités qui le menacent (1).

C'est ainsi que nous avons accompagné, chaque fois que faire se pouvait, chacune des maladies ou affections de sa référence à l'une des grandes intoxications homoeopathiques, que l'on peut diviser en deux groupes principaux (R. ZISSU) :

- celui des toxines microbiennes, d'origine exogène, reliant le bacille de Koch au tuberculinisme, et le tréponème au luétisme ;

- celui des toxines métaboliques, d'origine endogène, avec la psore, à tendance scléreuse, après un premier stade sthénique, réactionnel et éliminatoire, qui tend justement à protéger l'organisme de la sclérose, et la sycose, évoluant en deux stades, le premier d'inhibition hydrique (sycose grasse) et le second d'envahissement scléreux (sycose maigre) :

- le cancérinisme enfin résultant d'une conjonction particulière des diverses intoxications précédentes.

(1). - Le lecteur a sans doute encore présent à la mémoire la composition du TRYPTIQUE DIATHESIQUE cher à la doctrine homoeopathique : constitution - tempérament - toxine.

Le double avantage que présente à nos yeux cette classification est que :

- pour les homoeopathes, elle est assortie de correspondances médicamenteuses constituant de véritables séries thérapeutiques anti-toxiniques,

- alors qu'elle ne change en rien le comportement de l'allopathe, qu'elle risque d'autant moins de troubler qu'il l'ignore.

Préalable n°3

Au demeurant certains auteurs homoeopathes ont cru remarquer que les signes qui appelaient l'administration de remèdes homoeopathiques à haute dilution étaient des signes que, par ailleurs, on rangeait dans l'ordre du psychologique.

Il s'agit là, nous semble-t-il, d'un principe qui a toutes les allures d'une idéologie, non pas que nous la contestions le moins du monde, nous nous contentons simplement d'en relever le caractère théorique.

La vérification n'est pas faite suffisamment à notre gré que les signes qui appellent de hautes, ou même de très hautes dilutions, soient uniquement des signes psychologiques.

Il nous paraît cependant que la plupart des théoriciens de l'homoeopathie, notamment ceux qui ont construit leur oeuvre voici quelques dizaines d'années, ont qualifié de psychologiques un certain nombre de signes qui leur paraissaient être tels, mais sans qu'une vérification dans le vocabulaire même des psychologues ait été effectuée.

Il n'est donc pas certain que les signes trouvés dans les matières médicales homoeopathiques sous la rubrique "psychisme" soient réellement tous, aux yeux des psychologues, psychiques.

Il apparaît en tout cas que les signes qui sont présentés comme étant psychiques dans les ouvrages d'homoeopathie, y compris les nôtres, relèvent d'une conception de la psychologie qui n'a sans doute pas été mise à l'épreuve, sinon des faits, du moins du langage de la psychologie moderne.

Pour faire allusion à des mots que nous pouvons retrouver ailleurs sous notre propre plume, disons que des termes tels que : timide, hypersensible, paresseux, indolent, irritable... sont d'un certain vocabulaire que le praticien de médecine générale ou d'odonto-stomatologie a l'habitude de considérer comme significatif d'un état psychologique du malade, mais qui ne sont pas reçus par les psychologues comme des termes résolument techniques. En particulier, nous croyons savoir qu'un psychologue se refuse à employer l'adjectif paresseux, qui lui semble relever d'un jugement de valeur, et non pas du tout d'une appréhension à la fois bienveillante et neutre d'un sujet.

Dire d'un enfant qu'il est paresseux, c'est proprement lui imputer la responsabilité de la constatation qu'il ne fait rien en classe. Qu'il ne soit pas motivé par la classe, qu'il soit inhibé social et ne réagisse pas positivement aux stimulations qui lui sont données par la maîtresse (ou la maître), qu'il refuse d'investir son affectivité, voilà certes un langage de psychologue. Pour ce dernier, paresseux ne signifie rien.

Dans le même esprit, que pourra donc signifier "hypersensible" au regard de la psychologie ? C'est pourtant là l'un des termes qu'un odonto-stomalogiste recueillera très souvent de la propre bouche de son patient et qui reflète un état d'esprit assez net de ce patient, créant de ce fait l'impression qu'il est psychologique.

Mais l'absence de rigueur, l'arrière plan moraliste des divers termes précités en exemple paraissent dangereux aux yeux du psychologue.

Morbidité personnelle (suite)

- Tuberculisme :

. rougeole o
 +

. coqueluche o
 +

- Luétisme :

. scarlatine o
 +

. oreillons o
 +

- Autres maladies infectieuses o
 +
 ++
 +++

- Psore :

. Maladies de la peau o
 (gourme, impétigo, +
 etc...) ++
 +++

. Eczéma o
 +

. Asthme infantile o
 (ou équivalent) +

. Alternance d'asthme o
 et d'eczéma +

. Autres alternances o
 morbides +

- Sycose :

. verrues o
 +
 ++
 +++

. polypes o
 +
 ++
 +++

- Otites

(parasynthèses) ++
 +++

- Troubles digestifs o
 +

- Fragilité respiratoire o
 +

- Vaccinations o
 +

. cuti-réaction à la o
 tuberculine +

. B.C.G. o
 +

. Poliomyélite - Diphtérie - o
 Tétanos - Coqueluche +

. Typhoïde A.B. - Diphtérie o
 Tétanos +

. Vaccins coloniaux o
 +

. Autres vaccins o
 +

- Encéphalites post-vaccinales o
 +

- Encéphalopathies o
 +

- Epilepsie actuelle
 ancienne

. diagnostiquée à l'E. E. G.

. non diagnostiquée à
 l'E. E. G.

. absence d'épilepsie

. sans traitement

. avec traitement

. crises de haut mal

. crises de petit mal

- Séjours en aérarium :

. aucun

. un

. deux

. trois et au-dessus

- Séjours aux pays chauds	O + ++ +++	- Appétit difficile	O + ++ anorexie
- Paludisme	O +	. appétit normal	O +
- Autres maladies coloniales	O + ++ +++	. boulimie	O + ++ +++
- Agressivité	O +	- Alcoolisme infantile	O +
- Instabilité	O +	- Préférence pour les liquides	O +
- Propreté	O +	- Goût pour les viandes rouges	O +
- Ouvert	O +		
- Fermé	O +		
- Absences	O +	:--::--::--::--::--:	
- Colères :			
. de type comitial	O +		
. de type non comitial	O +		
- Fugues :			
. comitiales	O +		
. non comitiales	O +		
- Viscosité psychique	O +		
- Terreurs nocturnes	O +		
- Sommeil :			
. en famille (bon) mauvais			
. en I. M. P. (bon) mauvais			

NIVEAU DE LA DEBILITE

- Q.I. entre 90 et 80	- Ecart en deux ans, pour le	
" 80 et 70	cas où les tests de niveau	
" 70 et 60	auraient été effectués à	
" 60 et 50	plusieurs reprises :	o
au-dessous de 50		+
	+ 5	
- En cas de Weschler (W.I.S.C.)	+ 10	
écart entre V (verbal) et P	+ 15	
(performances) de :	+ 20	
. moins de 5 points	- 5	
. 5 à 10 points	- 10	
. 10 à 15 points	- 15	
. plus de 15 points	- 20	

RESULTATS SCOLAIRES

- information	o	- calcul	o
	+		+
	++		++
	+++		+++
- écriture	o	- intelligence des	o
	+	problèmes	+
	++		++
	+++		+++
	régulière	- mémoire logique	o
	non régulière		+
- lecture	o		++
	+		+++
	++	- mémoire mécanique	o
	+++		+
- orthographe	o		++
	+		+++
	++	- précision du	o
	+++	vocabulaire	+
- numération	o		++
	+		+++
	++		
	+++		

- abondance du vocabulaire	0 + ++ +++	- sensibilité aux récompenses	0 + ++ +++
- structuration spatio-temporelle	0 + ++ +++	- sensibilité aux encouragements	0 + ++ +++
- attention	0 + ++ +++	- lenteur	0 + ++ +++
- goût pour l'observation	0 + ++ +++	- rapidité	0 + ++ +++
- curiosité et questions	0 + ++ +++	- persévérateur	0 + ++ +++
- goût pour le dessin	0 + ++ +++		
- soins	0 + ++ +++		
- bonne volonté et sens de l'effort	0 + ++ +++		
- continuité dans l'effort (régularité du travail, persévération)	0 + ++ +++		
- perturbation de la classe	0 + ++ +++		
	directe indirecte		
- sensibilité aux résultats scolaires	0 + ++ +++		

NEURO-MOTRICITE

- vue	o + ++ +++	- bégaiement	o + ++ +++
- ouïe	o + ++ +++	- vivacité	o + ++ +++
- présence de syncynésie	o + ++ +++	- nonchalance	o + ++ +++
- présence de paratonie	o + ++ +++	- goût pour le jeu (oui non)	
- latéralisation (à droite à gauche		. collectif	o +
. bonne	o +	. solitaire	o +
. mauvaise	o +	- préférence pour vivre	
. homogène	o +	. à l'intérieur	o +
. non homogène	o +	. à l'extérieur	o +
. gaucherie contrariée	o + ++ +++	- Refus de vivre	
. adresse	o + ++ +++	. à l'intérieur	o +
. maladresse	o + ++ ++	. à l'extérieur	o +

RELATIONS AVEC LES ADULTES

- préférence pour les adultes hommes :		- tendance à être confiant	o + ++ +++
. en classe			
. en équipe		- tendance à être flatteur	o + ++ +++
- préférence pour les adultes femmes :			
. en classe		- tendance à être serviable	o + ++ +++
. en équipe			
- rejet des adultes hommes :		- tendance à être collant	o + ++ +++
. en classe			
. en équipe		- tendance à être réservé	o + ++ +++
- rejet des adultes femmes :			
. en classe		- tendance à être silencieux	o + ++ +++
. en équipe			
- dépendant (des adultes)	o +	- tendance à être sournois	o + ++ +++
- attitude sélective :			
. pour un homme	o +	- tendance à être méfiant	o + ++ +++
. pour 2 hommes	o +		
. pour une femme	o +	- tendance à être peu ouvert	o + ++ +++
. pour 2 femmes	o +		
- tendance à attirer l'attention	o + ++ +++	- tendance à être triste	o + ++ +++
- tendance à être gai	o + ++ +++	- tendance à être hostile	o + ++ +++

- tendance à être opposant	o + ++ +++	- acceptation de l'autorité	o + ++ +++
- tendance à être agressif	o + ++ +++	- sensibilité aux punitions	o + ++ +++
- tendance à la délation	o + ++ +++	- sensibilité aux encouragements	o + ++ +++
- tendance à l'auto-accusation	o + ++ +++	- voleur	o + ++ +++

The diagrams illustrate the assembly process of a 100-watt fluorescent lamp. The components shown include:

- Diagram 1:** Two U-shaped glass tubes.
- Diagram 2:** The tubes with internal wiring being inserted.
- Diagram 3:** The tubes with internal wiring and a central support structure.
- Diagram 4:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base being added.
- Diagram 5:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base and a mounting bracket being added.
- Diagram 6:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base and a mounting bracket, and a power cord being added.
- Diagram 7:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base and a mounting bracket, and a power cord, and a switch being added.
- Diagram 8:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base and a mounting bracket, and a power cord, and a switch, and a fuse being added.
- Diagram 9:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base and a mounting bracket, and a power cord, and a switch, and a fuse, and a transformer being added.
- Diagram 10:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base and a mounting bracket, and a power cord, and a switch, and a fuse, and a transformer, and a ballast being added.
- Diagram 11:** The tubes with internal wiring and a central support structure, with a base and a mounting bracket, and a power cord, and a switch, and a fuse, and a transformer, and a ballast, and a starter being added.
- Diagram 12:** The fully assembled 100-watt fluorescent lamp.

RELATIONS AVEC LES AUTRES ENFANTS

- leader	o +
- accepté	o +
- rejeté	o +
- sociable	o + ++ +++
- préférence pour les plus jeunes	o + ++ +++
- préférence pour ceux du même âge	o + ++ +++
- préférence pour les plus âgés	o + ++ +++
- <u>attitude envers les plus jeunes :</u>	
. agressif	o + ++ +++
. voleur	o + ++ +++
. délateur	o + ++ ++
. auto-accusateur	o + ++ +++
. protecteur	o + ++ +++

. rancunier	o + ++ +++
. non rancunier	o + ++ +++
- <u>attitude envers ceux du même âge</u>	
. jaloux	o + ++ +++
. agressif	o + ++ +++
. voleur	o + ++ +++
. délateur	o + ++ +++
. auto-accusateur	o + ++ +++
. protecteur	o + ++ +++
. chahuteur	o + ++ +++
. bavard	o + ++ +++
. rancunier	o + ++ +++

LES NEVROSES

On se souvient que les théories sur lesquelles l'établissement a fondé sa technique médico psycho-pédagogique supposent que le déficit intellectuel scolaire est le symptôme d'un trouble beaucoup plus général et sans doute d'ordre affectif. C'est dire que la débilité renvoie sans doute essentiellement à la névrose. On ne s'étonnera donc pas de découvrir dans la fiche implicite d'observation utilisée dans l'institution des éléments importants relatifs à la névrose. On s'étonnera davantage peut-être de ce qu'un Odonto-Stomatologiste en fasse état, et l'on comprendra que nous nous en tenions à un certain nombre de principes très généraux.

Au surplus, il nous paraît que la théorie psychanalytique a fourni aux chercheurs et aux praticiens en ce domaine un certain modèle, qui semble aujourd'hui assez universellement répandu.

L'idée de base est qu'il n'y a pas de vie sans conflit. Dès lors la névrose est sans doute le phénomène par lequel une personne vit son conflit, l'angoisse qui l'engendre et les moyens qu'elle emploie pour tenter de la réduire. Le conflit fondamental inhérent à toute vie peut donner lieu à interprétations ou descriptions diverses. Il peut y avoir conflit entre les désirs, c'est-à-dire les instincts du sujet et d'autre part la réalité. Il peut y avoir conflit au niveau des instincts eux-mêmes si l'on admet, avec la dernière philosophie de FREUD, qu'il y a chez l'homme une co-existence malaisée de l'instinct sexuel et de l'instinct agressif. Il faut voir en tous cas que, même si le conflit paraît être entre le désir du sujet et la réalité extérieure, le conflit demeure de toute manière à l'intérieur de la personne. Si un adolescent s'oppose à son père, c'est qu'en réalité il y a chez lui conflit entre un désir et l'amour qu'il porte à son père. L'organisation névrotique est donc celle de la personne, de toute personne à la vérité, car enfin, si la vie, c'est le conflit, on voit que la frontière entre le normal et le pathologique s'estompe, et il faut

admettre ce principe, quelles que puissent en être les conséquences, que tout être vivant est en proie à un conflit, donc sujet à névrose.

Tout n'est sans doute pas clair dans ce que l'on appelle l'organisation névrotique. L'angoisse est-elle une conséquence du conflit, ou bien est-elle inhérente à ce conflit ? Peut-être même lui préexiste-t-elle ? A quel niveau se situe l'angoisse : niveau inconscient, niveau conscient ? L'effort pour réduire l'angoisse vient-il du moi ? Naît-il d'une instance plus profonde que le moi ? Puisse-t-il ses racines dans la société et dans le monde extérieur ? Ce sont là des questions intéressantes, mais que nous ne pouvons prétendre résoudre. Ce qu'il faut voir, au demeurant, c'est que l'effort pour réduire l'angoisse et la tension inhérente au conflit ne saurait être interprété comme un effort pour annuler cette angoisse et cette tension. La tension ne peut s'annuler que dans la mort. L'homme ne peut tenter de la réduire. Peut-être faudrait-il dire que la différence entre l'effort normal et l'effort pathologique consiste en ce que le second est maladroit, inadapté et conduit parfois à augmenter l'angoisse, plutôt qu'à la diminuer.

De cette description, il résulte traditionnellement plusieurs tableaux, qui sont d'ailleurs plutôt des climats ou des atmosphères - des tableaux dirions-nous impressionnistes - qui ont permis de dire qu'il existe trois types de névroses, selon le mécanisme général employé pour réduire l'angoisse. En effet et comme a priori, en présence d'un conflit, d'une tension et d'une angoisse, TROIS ATTITUDES sont concevables :

- faire "comme si" le conflit n'existait pas, et construire une conduite de négation de la tension (je joue à dire qu'il n'y a pas de conflit ou à vivre comme s'il n'y avait pas de conflit) :

- reconnaître qu'il y a un conflit, mais en déplacer le centre, de manière à le rendre plus supportable ;

- admettre qu'il y a un conflit, que l'angoisse est sans doute irréversible, et se réfugier dans l'abri illusoire de soi-même.

1°) Dans la première attitude, nous aurions la NEVROSE HYSTERIQUE.

Volontiers porté à des manifestations extérieures très dynamiques, au moins en langage, parfois en conduite, le sujet annule le conflit, se refuse à le reconnaître consciemment et pratique un refoulement systématique. Toutefois, l'échec inévitable de cet effort fait que le conflit et

les désirs qui donnent lieu à ce conflit réapparaissent, d'une manière indirecte et que l'on s'accorde à reconnaître comme symbolique. Le désir se retrouve sous la forme symbolique du rêve, dans les fantasmes diurnes du sujet, dans ses lapsus et actes manqués, éventuellement dans une création esthétique. Le plus souvent cependant le conflit s'exprime dans la symbolique du corps, à travers un processus de conversion, d'où ces maladies dites "psycho-somatiques", en particulier des douleurs, des troubles sensori-moteurs, parfois des lésions (ulcères), toutes maladies qui ne semblent pas avoir de causes nettement anatomiques et qui sont des traductions somatiques, donc, aux yeux du sujet, innocentes, d'un conflit psychique.

2°) La seconde démarche paraît caractéristique de la NEVROSE PARANOIAQUE.

Le sujet reconnaît qu'il y a conflit. L'angoisse l'envahit. Mais il refuse de reconnaître que le conflit est en lui, car alors, il n'y aurait plus de moyens de se défendre contre cette angoisse. Il va donc procéder à une projection sur le monde extérieur des éléments de ce conflit, qui sont en réalité intérieurs. Si la haine est en lui, il va dire qu'elle est en fait chez les autres ; car il est vrai qu'on se défend mieux contre une agression extérieure que contre une pulsion agressive interne. C'est alors le persécuté - en fait un persécuteur - qui passe sa vie à organiser des défenses, non contre lui-même, non contre ses angoisses ou ses désirs intérieurs, mais bien contre des pulsions généralement agressives qu'il attribue à autrui. Le mécanisme ici mis en oeuvre pour se défendre contre l'angoisse est donc la projection.

3°) La troisième démarche permet de concevoir la NEVROSE OBSESSIONNELLE.

Le sujet angoissé craint tout commerce avec le monde, car il se croit fragilisé. Il s'enferme donc en lui-même et met en oeuvre, pour se rassurer, une série de conduites qui le concernent essentiellement, telles que rituels, minutie, volonté systématique d'ordre et de rigueur, raisonnement perpétuel, et qui débouchent au dehors sur une conduite de doute, d'indécision, en tous cas sur le refus d'une certaine action destinée à changer le monde.

Il existe sans doute des SIGNES COMMUNS A CES TROIS TYPES DE NEVROSE, en particulier si l'on accepte la théorie psychanalytique, selon laquelle le choix d'une de ces défenses ne fait que reproduire tel stade du développement de l'enfant. Il est certain que toute névrose s'accompagne par exemple de régression ou de fixation à des stades plus ou moins antérieurs du développement de la personnalité. Le choix d'une attitude psychotique consisterait au demeurant dans une régression plus massive, c'est-à-dire un stade du développement antérieur à la structuration de la personnalité.

Puisque nous venons d'évoquer la distinction entre névroses et psychoses, que nous reprendrons plus tard, disons tout de suite que les trois types de névroses ne sont peut-être pas exactement situés sur un même plan. En effet, la névrose paranoïaque risque de porter très vite le sujet à l'interprétation délirante et hallucinatoire (on ne persécute, alors j'invente tout un schéma) ; de même, l'obsessionnel, à force d'utiliser le raisonnement autistique, peut se couper du monde et construire un univers intérieur, avec obsession, phobies, etc... Ces deux névroses par conséquent peuvent très vite se développer en psychoses. C'est pour-quoi il n'est pas interdit de penser que le type-même de la névrose, la névrose pure, c'est l'hystérie.

L'hystérie, en ce qu'elle est une conduite extérieure, qui se sent volontiers super-adaptée, en ce que l'hystérique est tenu de prendre acte des modes, des thèmes sociaux auxquels il prétend adhérer, fait que le sujet ne risque guère, sauf conversion somatique importante, de se désadapter complètement. La preuve de ce fait serait que si, depuis un siècle et demi qu'il y a des observations psycho-pathologiques scientifiquement prises, on s'aperçoit que le tableau de la paranoïa, celui de la névrose obsessionnelle - sous ces appellations ou sous d'autres - n'a guère évolué, au contraire les signes de l'hystérie ne sont jamais les mêmes d'une époque à l'autre. La grande crise hystérique décrite par CHARCOT n'existe plus aujourd'hui.

1°) Caractères généraux

- frustration	o + ++ +++
- ambivalence	o + ++ +++
- anxiété	o + ++ +++
- culpabilité	o + ++ +++
- compensation	o + ++ +++
- confusion des images parentales	o + ++ +++
- inversion des images parentales	o + ++ +++
- fixation sur le père	o + ++ +++
- fixation sur la mère	o + ++ +++
- masturbation solitaire	o + ++ +++
- masturbation collective	o + ++ +++
- homosexualité	o + ++ +++

2°) Maturité

- maturité affective	o +
- immaturité	o +
. diagnostiquée E. E. G. (oui non)	
- maturité normale	o +
- excès de maturité	o +

3°) Stades

- oral	o +
- anal	o +
- phallique	o +

4°) Hystérie

- rêverie	o + ++ +++
- douleurs physiques	o + ++ +++
- anesthésies	o + ++ +++
- troubles moteurs	o + ++ +++
- maladies en apparence somatiques	o + ++ +++
- pitrerie, clownerie	o + ++ +++

- affirmation de soi	o + ++ +++	- idées fixes	o +
- fabulation	o + ++ +++	- tics	o +
- mensonge	o + ++ +++	- minutie	o + ++ +++
- crises de nerf (non comitiales)	o + ++ +++	- scrupules	o + ++ +++
- besoin d'affection et peur de la solitude	o + ++ +++	- doute	o + ++ +++
		- propreté (supérieure à la moyenne)	o + ++ +++
5°) <u>Paranoïa</u>		- grossièreté (supérieure à la moyenne) et saleté	o + ++ +++
- tourmenteur	o + ++ +++	- rationalisation	o + ++ +++
- tourmenté	o + ++ +++	- attitudes efféminées	o + ++ +++
- taquin	o + ++ +++	- narcissisme	o + ++ +++
- accusateur d'autrui	o + ++ +++	- collections	o + ++ +++
- auto-accusation	o + ++ +++		
6°) <u>Obsession</u>			
- repli sur soi	o + ++ +++		

DISTINCTION ENTRE NEVROSES ET PSYCHOSES

Il peut paraître téméraire de la part d'un odonto-stomatologiste de présenter une fiche d'observation offrant les catégories de névroses ou de psychoses.

Nous croyons savoir en effet que ces étiquettes sont elles-mêmes l'objet de discussions chez les neuro-psychiatres, les psycho-pathologistes et les psychologues.

Aussi bien ne prétendons-nous pas faire ici, davantage qu'ailleurs, oeuvre définitive. Nous retenons simplement que, pour l'essentiel, la distinction de la névrose et de la psychose repose sur les données suivantes :

- dans la névrose, la personnalité, en butte à un conflit aigu, qui rend son existence concrète difficile - personnalité par conséquent malheureuse et parfois misérable - reste cependant intacte dans son unité, la conséquence de cette intégrité maintenue de la personnalité se marquant à travers le sentiment que le sujet éprouve de sa propre misère ;

- le registre de la psychose semble d'un autre ordre. Certes, on peut faire l'hypothèse qu'un certain conflit existe également à la base et même au départ. Mais ce conflit n'a pas été assumé, ou bien, en tous cas, il a été l'occasion d'une dissociation de la personnalité à l'intérieur d'elle-même ou, du moins, il n'a pu être assumé qu'à l'occasion d'une rupture de cette personnalité avec la réalité extérieure. C'est dire que, dans la psychose, il y a coupure avec la réalité, éventuellement dissociation interne, et parfois reconstruction purement autistique d'un univers personnel, sans rapport avec la réalité. Ceci explique que, dans les états de psychose - sauf peut-être dans la mélancolie, où la misère psychologique est utilisée pour nourrir essentiellement un désespoir intérieur qui n'existe que par lui-même et ne se justifie pas par des

événements externes - à part ce cas donc, les psychotiques ne témoignent pas, dans leur comportement, de leur état de misère.

Ce qui pourrait justifier en tous cas l'effort de distinction de la névrose et de la psychose, c'est que l'action thérapeutique dans les deux cas est différente(1). Nous ne croyons pas qu'un odonto-stomatologiste en tant que tel, puisse avoir une prise quelconque sur une organisation psychotique de la personnalité. Il sera sans doute vécu comme un élément du monde extérieur n'ayant guère plus d'incidence que quiconque.

Au contraire, dans le cas d'un névrosé, l'odonto-stomatologiste peut-être l'objet de fixations infantiles, de transferts, etc..., qui sont précisément des attitudes névrotiques, ce qui lui imposera au fauteuil le choix d'un certain comportement et, en tous cas, la reconnaissance de ce que ce comportement peut avoir en lui-même de psychothérapique. Le névrosé reste en effet unifié, difficilement mais réellement, dans sa personnalité. Il n'a pas dépassé un certain niveau d'organisation psychique qui relève de l'enfance et l'odonto-stomatologiste, ses appareils, l'objet de son intervention, son appareil, sa blouse, son fauteuil, l'odeur particulière du cabinet-même, sont autant d'éléments symboliques

(1). - Les contacts que nous avons eus avec les responsables de l'établissement et l'examen des dossiers prouvent que la préoccupation de distinguer chez l'enfant la névrose et la psychose relève peut-être d'une attitude de psychopathologie scientifique, mais peut-être aussi de préoccupations pratiques. En effet, l'établissement a pour but la réadaptation d'enfants et il apparaît bien qu'une majorité d'enfants y sont réadaptés. Il reste que quelques uns donnent aux responsables le sentiment d'un échec. Il nous semble que ce sont ceux-là dont on déclare à la fin de leur séjour dans l'établissement qu'ils sont en fait des psychotiques. Peut-être cela signifie-t-il que, l'institution ayant échoué, elle s'excuse - ou elle se justifie - de son échec, sur un mode à la vérité paranoïaque, et attribue à l'enfant un trouble extérieurement grave qui n'entraîne pas dans les cadres psycho-pédagogiques de l'établissement. Nous croyons pouvoir dire aussi que les responsables de l'I. M. E. des Rosiers, et notamment le neuro-psychiatre et le conseiller psycho-pédagogique, sont très conscients de ce fait et qu'ils travaillent présentement à affiner l'observation d'enfants jeunes, de manière à saisir la psychose éventuelle à l'état naissant. Leur inquiétude est alors que le soupçon d'une psychose chez tel enfant n'entraîne chez les responsables une attitude d'abandon, de délaissement, qui rendra la psychose fondamentalement inéluctable, sauf technique nouvelle de réadaptation. Cependant, ces techniques risquent d'être à ce point différentes de celles qui réussissent avec les enfants névrosés à expression déficitaire faisant la majorité, que l'unité de l'établissement en sortirait brisée.

Le trop petit nombre d'établissements susceptibles de recevoir et de traiter des enfants psychotiques interdit toute souplesse dans le choix des solutions.

auxquels le névrosé peut réagir, tandis qu'il nous semble fort douteux qu'un psychotique puisse leur être sensible.

Il est possible, au demeurant, que la situation d'un odonto-stomatologiste en face d'un patient psychologiquement perturbé puisse servir de pierre de touche au diagnostic de la névrose et de la psychose (diagnostic s'entendant ici dans son sens étymologique de séparation) en ce sens que si un odonto-stomalogiste a une influence, par son comportement, sur un patient, c'est que très probablement ce sujet est névrosé.

EVOLUTION PSYCHOTIQUE POSSIBLE

1°) Vers l'hébétéphrénie

. silence	o + ++ +++
. inertie	o + ++ +++
. absence de motivations	o + ++ +++

2°) Vers la schizophrénie

. autisme	o + ++ +++
. confusion mentale	o + ++ +++
. déréalisation	o + ++ +++
. délires	o + ++ +++
. attitudes d'écoute, hallucinations	o +

3°) Vers la manie

. euphorie	o + ++ +++
. suradaptation	o + ++ +++

4°) Vers la mélancolie

. tristesse	o + ++ +++
. larmes	o + ++ +++
. interprétations négativistes	o + ++ +++

5°) Vers la délinquance

. perversion	o + ++ +++
. sadisme	o + ++ +++
. vols	o + ++ +++
. agressivité	o + ++ +++
. indifférence aux sanctions	o + ++ +++

. inéducation	o + ++ +++
---------------	---------------------

LES PSYCHOSES

Ce chapitre de l'évolution psychotique possible nous semble suffisant pour une compréhension générale des psychoses chez l'enfant. Cependant, et comme nous avons souvent étendu notre champ d'investigations à l'adulte, nous allons essayer de nous aventurer plus avant dans ce domaine très particulier, avec la plus grande des prudences, entraînant à notre suite ceux de nos lecteurs qui désireraient en savoir plus, vers les structures beaucoup plus figées que celles de l'enfant.

Dès lors qu'un odonto-stomatologiste aura affaire à des patients adultes, il n'est évidemment pas toujours possible, ni opportun, de refaire l'anamnèse de ces malades.

Le praticien risque toutefois de se trouver en face d'états dont on peut penser qu'ils sont franchement psychotiques. Il est impossible de savoir qu'elle était la structure psychique de ces patients lorsqu'ils étaient plus jeunes. En particulier, il est impossible de savoir si la psychose dont ils font preuve actuellement est le résultat d'une évolution névrotique. On ne peut dire si les premières manifestations du trouble ont eu d'emblée une forme psychotique.

Au demeurant, la question de savoir si toute psychose résulte de l'évolution d'une névrose antérieure ou s'il s'agit d'un état qui, d'emblée, se présenta avec un certain nombre de signes psychotiques, relève d'une querelle d'école. Les psychanalistes eux-mêmes sont prompts à établir une psychogénèse des psychoses, mais ils en voient les racines dès le stade oral, c'est-à-dire dès avant que des structures proprement névrotiques puissent apparaître.

Tout le monde s'accorde cependant à dire que s'il existe sans doute des états psychotiques chez l'enfant, ceux que présente l'adulte sont d'une

bien plus grande netteté. Ils sont tout à la fois aisément séparables des états normaux et, dans une certaine mesure, davantage séparables entre eux. Ce dernier point toutefois mériterait une discussion qui n'a pas sa place ici.

Dans le langage courant des "amateurs éclairés", la notion de psychose et celle de la schizophrénie se recouvrent largement, et il est vrai que, s'il s'agit d'un état chronique, la psychose peut être à la rigueur identifiée à la schizophrénie.

Ce qui bouleverse le tableau, c'est l'existence de crises psychotiques aiguës, survenant chez des sujets par ailleurs en apparence normaux, lesquelles crises ont naturellement une allure spécifique déterminée. Mais il n'est pas sûr que l'odonto-stomatologiste soit amené à donner des soins à des patients lorsqu'ils sont précisément dans ces états aigus, à moins que, par extraordinaire, il n'occasionne lui-même le déclenchement d'un tel état.

Il nous est arrivé personnellement de déceler chez l'un de nos patients un comportement qu'en d'autres temps nous aurions considéré comme bizarre sans plus : un désintérêt pour tout, des accès brutaux de rire que rien ne justifiait, une "absence" quasi continuelle, un certain vague dans le regard, l'impression que ce n'était pas sur lui que nous travaillions, mais sur quelqu'un d'étranger à lui-même. Sa nouvelle épouse - notre patiente de longue date à laquelle nous devons donc d'avoir à soigner son mari - à qui nous nous étions ouvert de notre surprise, en des termes neutres, du type : est-il toujours comme cela ? nous a exprimé ses craintes et son désarroi, ayant relevé par elle-même bien des signes inquiétants. Nous n'avons pu que lui recommander de s'adresser à un médecin spécialiste qui devait diagnostiquer une schizophrénie. L'anamnèse entièrement difficile du fait de la réticence des parents du malade devait révéler, outre quelques accès aigus dès l'adolescence, un premier mariage malheureux, avec impossibilité de ce fait pour l'épouse de continuer à vivre aux côtés de son mari.

Ce qui fausse encore le problème, c'est que, dans l'histoire de la psycho-pathologie, le modèle traditionnellement le plus courant est la démence sénile. Identifiée à l'aube de la psychiatrie dans ses mani-

festations et dans ses causes, ramenée vraisemblablement à un déficit évolutif des fonctions cérébrales, elle offre l'image d'une détérioration mentale, d'une adaptation de moins en moins dynamique aux réalités du monde extérieur, d'une efflorescence d'images scrupuleuses ou inquiètes, d'une altération de l'image de soi, conduisant à une non reconnaissance de toute réalité externe ou interne. Ce tableau demeure actuel et l'odontostomatologiste rencontre très fréquemment de tels malades, d'autant que la détérioration touche fréquemment l'appareil dentaire.

Il n'est pas certain toutefois que la démence sénile entre de plein droit dans le domaine de la maladie mentale. Il existe dans cet état une détérioration générale qui touche aussi le psychisme, sans qu'il soit assuré que la détérioration psychique soit première.

En tout cas, rares sont aujourd'hui les psychopathologues qui sont disposés à prendre un tel déficit sénile comme type de toute psychose. La notion même de "démence précoce", qui laissait entendre que les psychoses chez le sujet jeune étaient du même ordre que la démence sénile, à cela près qu'elle survenait de façon scandaleusement prématurée, est aujourd'hui abandonnée. La schizophrénie est la démence précoce, mais précisément ce n'est pas une démence au sens où ce dernier terme implique déficit et détérioration.

Dès lors, et pour plus de clarté, nous pouvons distinguer parmi les états psychotiques les syndromes suivants :

- les états aigus, sur lesquels nous ne ferons que passer ;
- les syndromes maniaco-dépressifs (autrement dit la mélancolie) ;
- le délire de persécution (qui, lui, est la paranoïa poussée à l'extrême) ;
- enfin la schizophrénie proprement dite.

A - LES ETATS AIGUS

Généralement déterminés par un accident d'essence plus ou moins traumatique (accouchement : exemple psychose puerpérale ; deuil brutal...), ou par une intoxication (exemple l'alcoolisme) : les délires, les hallucinations y sont les symptômes dominants, de même que certains états oniriques.

Le caractère commun à tous ces états est la possibilité pour le malade de retrouver après un temps plus ou moins bref un comportement normal.

Le côté spectaculaire de la crise, la fréquence d'une hospitalisation, font différer les soins dentaires, qu'ils aient été déjà entrepris ou bien qu'ils s'avèrent nécessaires.

B - LES PSYCHOSES CHRONIQUES

Il en est de types divers :

I) Le syndrome maniaco-dépressif

On parlait naguère beaucoup du syndrome maniaco-dépressif, où le malade passait, de manière absolument régulière et selon un rythme précis, par des phases dépressives et des phases maniaques.

On convient aujourd'hui que la régularité du rythme de ces alternances était un phénomène largement construit par le contexte hospitalier. On s'attendait à ce que le malade, après trois mois de désespoir par exemple, présente trois mois d'euphorie. Dès lors, le malade se conformait à cette attente. On pense aujourd'hui que l'alternance existe, mais sans lois rigides, et qu'en tout cas le syndrome maniaco-dépressif est d'abord et essentiellement un syndrome dépressif. Il s'agit d'une mélancolie chronique, semée çà et là, lorsque le sujet retrouve du dynamisme, de phases maniaques compensatoires. Tout se passe comme si le malade le plus souvent ne pouvait plus investir son affectivité sur des objets. Comme, à la limite, il ne sait plus davantage l'investir sur lui-même, le risque suicidaire est grand, à moins que l'évolution ne se fasse vers une dépersonnalisation, et vers le développement de croyances négatives (croyance que le sujet est mort, que le monde n'existe plus, etc...). L'avulsion d'une dent peut, à cet égard, confirmer le malade dans telle ou telle de ses croyances.

II) Les psychoses paranoïaques

Elles sortent naturellement de la névrose paranoïaque décrite par Freud. Il y aurait ici entre la névrose et la psychose davantage une différence de degré qu'une différence de nature.

A partir du moment où le mécanisme de projection donne lieu en particulier à des interprétations, il peut se nourrir de délires : qui commencent avec la croyance que tous les êtres du monde extérieur s'occupent du sujet. D'autre part, les menaces pour lui-même, que le sujet situe volontiers dans le monde extérieur, pour ne pas voir les menaces dont lui-même est porteur à l'égard des autres, sont vécues souvent sous la forme de voix, de signes, et revêtent par conséquent pour l'observateur extérieur des formes qui évoquent l'hallucination. Le terme même de paranoïa, l'habitude de parler d'états paranoïdes (états où l'on ne pense pas comme tout le monde), montrent bien le caractère évolutif et continu de ces états. Le thème de la persécution apparaît à cet égard comme un mode très primitif de la relation du sujet avec autrui.

III) La schizophrénie

La notion fut proposée dans le premier quart du XXème siècle par BLEULER. Pour cet auteur, le signe essentiel était une dissociation mentale prenant la forme d'un illogisme du discours (schizo-phrénie : pensée hachée, coupée en morceaux).

La conséquence de cette rupture interne du discours était que le sujet se trouvait séparé de la réalité logique du monde, donc enfermé en lui-même (autisme).

Eugène MINKOWSKI introduisit en France vers 1925 la notion de schizophrénie en renversant l'ordre des signes proposé par BLEULER. Ce qui est premier selon lui, c'est l'autisme, c'est-à-dire une coupure radicale avec la réalité, d'où résulte un illogisme apparent : du moins cet illogisme est-il posé par le spectateur. Tout ce que l'on peut dire c'est que la logique du schizophrène n'est pas la logique de l'homme dit normal, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de logique du tout.

On tend même à considérer que la propre de la schizophrénie est de proposer par-delà la destruction première de la personnalité, une nouvelle structuration, personnelle et séparée de la réalité. Elle est très fréquemment inaccessible, le sujet s'enfermant de plus en plus résolument dans son monde autistique, d'où il ne communique plus.

La schizophrénie absorbe dès lors volontiers les signes qui revenaient autrefois à l'hébéphrénie (silence, indifférence, neutralité, etc...). De même, la présence de délires et d'hallucinations dans la schizophrénie n'est pas toujours constatée, ce qui d'ailleurs ne prouve rien. Les signes majeurs de la schizophrénie sont donc l'autisme et, d'autre part, la probabilité d'un univers intérieur. Tout compte fait, ces signes sont subjectifs. Certains auteurs estiment que la schizophrénie ne peut être diagnostiquée que par la présence d'un "mur" entre le sujet et son observateur. On comprend qu'il puisse exister des schizophrénies discrètes, lorsque l'autisme laisse subsister une marge d'adaptation, suffisante pour qu'une vie sociale, apparemment normale, puisse être conduite.

Il n'est pas impossible que la situation du patient sur le fauteuil, son caractère parfaitement délimité, l'objectif précis qui lui est assigné, le fait que l'on ne sorte pas en général de cette situation, constituent l'une de ces situations sociales auxquelles le schizophrène est adapté.

REMARQUE TERMINALE : Quelle que soit la solution donnée au problème du rapport dynamique et évolutif entre névroses et psychoses, on rencontrera sans doute des sujets qui sont "sur le fil", c'est-à-dire entre la névrose et la psychose. L'implication clinique de l'observateur est ici considérable :

- ou bien il est convaincu que l'évolution psychotique est inéluctable et il sera porté à interpréter le plus grand nombre de signes comme des signes de psychose : du coup, il risque de favoriser cette évolution ;

- ou bien au contraire, souffrant à l'idée que puisse s'installer une psychose, il se refuse à évoquer comme tels les signes qui la prouveraient. Il cherche à voir jusqu'au bout un névrosé plutôt qu'un psychotique ; il se donne ainsi un champ d'action psychothérapeutique qui peut-être efficace, ou également dérisoire, si son patient est déjà perdu dans un univers autistique et hors d'atteinte.

L'opinion la plus courante est que les états psychotiques apparaissent à l'adolescence (noter à cet égard l'étymologie d'hébéphrénie qui est la pensée du jeune homme, Hébé, la déesse de la jeunesse). Il s'agit là

d'une thèse commode, entraînant malheureusement l'idée qu'il ne saurait exister de psychose avant la puberté.

La psychanalyse, en mettant en lumière l'existence d'une sexualité infantile a posé du même coup la possibilité de psychose à cet âge. Cependant le dossier reste ouvert.

Nous ne pensons pas qu'il soit utile de constituer une fiche pour les états intermédiaires et une autre fiche concernant plus particulièrement les adolescents ou les adultes, car :

- D'abord, nous voudrions être sûr que l'adulte qui se trouve sur le fauteuil d'un Odonto-Stomatologiste n'est pas, du même coup, infantilisé.

- Et d'autre part, la perspective psychologique dans laquelle nous sommes situé jusqu'alors marque que les racines d'une névrose adulte se trouvent dans l'enfance et que, tout compte fait, s'il est vrai que les effets de comportement sont sans doute grossis chez l'enfant, il n'en reste pas moins qu'il n'y a pas lieu de s'attendre à une différence très sensible entre ce qu'on peut observer chez lui et ce qu'on peut observer chez l'adulte ; sauf peut-être alors, chez l'adulte, surajouter des éléments que l'on ne trouverait pas chez l'enfant, en ce sens que, chez ce dernier, c'est toujours la relation de l'enfant au père qui est présente ; chez l'adulte, cette relation est présente, mais elle est masquée, en tant que mécanisme de défense, par l'essai d'une relation homme-femme, par exemple, ou homme-homme, adulte-adulte. Néanmoins, il ne faut pas s'y tromper, derrière cette relation adulte-adulte, il y a toujours la relation enfant-père de toutes manières.

C'est la raison pour laquelle nous ne proposerons pas une fiche pour enfants et une fiche pour adultes, ce qui ne serait certainement pas sans intérêt, mais qui présente à nos yeux l'inconvénient majeur de ne pas être très logique.

QUELQUES TYPES DE PSYCHOSES

A Psychoses aiguës, classification Henri EY

1) Sur la base de troubles endocriniens :

- origine thyroïdienne
- " hypophysaire
- " cortico-surrénale
- " para-thyroïdienne
- " sexuelle

2) Psychose puerpérale

3) Psychose alcoolique

4) Psychose syphilitique

5) Encéphalite épidémique

6) Autres encéphalopathies :

- leuco-encéphalite péri-veineuse
- encéphalites diverses
- sclérose en plaques

7) Traumatismes crânio-cérébraux

8) Tumeurs cérébrales

9) Sénilité (1)

Nous n'avons d'autre prétention que de laisser apercevoir à nos confrères la grande complexité du sujet tout juste effleuré, à l'aide de quelques exemples.

(1). - Nous avons déjà dit ce que nous pensions sur le problème de la psychose sénile au regard de l'objet de notre travail.

Voici donc maintenant les types retenus :

1) la psychose puerpérale : lequel d'entre nous ne risque-t-il pas à un moment donné de son exercice de se trouver en face d'une patiente traumatisée par un accouchement ?

2) la psychose alcoolique, qui se passe de commentaires

3) la psychose syphilitique : la recrudescence brutale des maladies vénériennes n'est-elle pas d'une actualité brûlante ?

4) les traumatismes crânio-cérébraux enfin, avec les accidents de la route "entrés dans les mœurs".

1) Psychose puerpérale

- au moment de l'examen		. impulsions (actes bizarres)	o + ++ +++
. pendant grossesse	o +		
. après accouchement	o +	. douleurs erratiques	o + ++ +++
. pendant lactation	o +	. état confusionnel	o + ++ +++
. vomissements	o + ++ +++	. délire	o + ++ +++
. tristesse	o + ++ +++		

2) Psychose alcoolique

. anxiété	o + ++ +++	- agitation (c'est le thème de base)	o + ++ +++
. peur de la solitude	o + ++ +++	. marche	o +
. thèmes de suicide	o + ++ +++	. court	o +
		. donne des ordres	o +

. gestes de défense et d'attaque	o +	- troubles des fonctions mentales	o + ++ +++
- comportement onirique	o + ++ +++	. attention difficile	o +
. vit un rêve de travail	o +	. oublis	o +
. thème d'animaux	o +	. imprécisions du langage	o +
. scènes de terreur	o +	. troubles de la logique	o +
. hallucinations	o +	- troubles de l'affectivité	o + ++ +++
(visuelles)	o +	. euphorie	o +
(auditives)	o +	. mégalomanie	o +
(olfactives)	o +	. thème hypocon- driaque	o +
(gustatives)	o +	- traumatismes crânio- cérébraux (signes communs à tous les)	o + ++ +++
(tactiles)	o +	. céphalées	o +
. tremblements	o + ++ +++	. insomnie	o +
		. cauchemars	o +
3) <u>Psychose syphilitique ou</u> <u>paralysie générale (P.G.)</u>		. vertiges	o +
- troubles des mouvements	o + ++ +++	. fatigue	o +
. visage hébété	o +	. irritabilité	o +
. dysarthrie	o +	. troubles sexuels par déficience	o +
. bredouillie	o +	. présence d'une angoisse et d'un sentiment d'effroi	o +
. tremblements	o +		
. marche difficile	o +		

B - PSYCHOSES CHRONIQUES

1) Syndrome maniaco-dépressif

a - phase mélancolique

. inertie	o
	+
. mutisme	o
	+
	++
	+++
. tristesse	o
	+
	++
	+++
. anesthésie affective	o
	+
	++
	+++
. auto-accusation	o
	+
	++
	+++
. hypocondrie	o
	+
	++
	+++
. thèmes de mort	o
	+
	++
	+++
. thèmes de suicide :	
personnel	o
	+
collectif	o
	+
. délire	o
	+
	++
	+++
. thèmes d'influence	o
	+
	++
	+++
. thèmes de domination	o
	+
	++
	+++

. thèmes de possession	o
	+
	++
	+++
. thèmes de négation	o
	+
	++
	+++
b - phase maniaque	
. accélération de la pensée	o
	+
	++
	+++
. accélération du discours	o
	+
	++
	+++
. instabilité de l'attention	o
	+
	++
	+++
. luxe de détails dans l'évocation du souvenir	o
	+
	++
	+++
. fuite des idées	o
	+
	++
	+++
. déchaînement affectif	o
	+
	++
	+++
. excitation érotique	o
	+
	++
	+++
. tendance au jeu	o
	+
	++
	+++
. activité hallucinatoire	o
	+
	++
	+++

2) Psychose paranoïaque

- . exaltation
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . exubérance
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . présence d'une idée prévalente
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . délire de revendication
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . revendication d'un mérite
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . idéalisme passionné
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . délire de jalousie
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . érotomanie
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . délire de relation
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . délire de d'interprétation
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . degré d'extension du délire :
 - (d'un objet
 - o
 - +
 -) à un autre
 - (d'un domaine
 - o
 - +
 -) à un autre

(d'une personne o
) à une autre +

3) Schizophrénie

- présence antérieure :

- . d'une névrose
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . d'angoisse
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . de crises psychotiques aiguës
 - o
 - +
 - ++
 - +++

- signes autistiques :

- . ambivalence
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . bizarrerie
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . impénétrabilité
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . détachement
 - o
 - +
 - ++
 - +++

- signes de dissociation :

- . langage embrouillé
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . persévération
 - o
 - +
 - ++
 - +++
- . barrage
 - o
 - +
 - ++
 - +++

. présence d'un langage incompréhensible	0 + ++ +++	- sentiment de dépersonnalisation :	
. impulsions	0 + ++ +++	. thèmes de morcellement	0 + ++ +++
. vie affective contradictoire	0 + ++ +++	. vol de la pensée	0 + ++ +++
. émotion inattendue et non en situation (fou-rire)	0 + ++ +++	. thème de spiritisme	0 + ++ +++
. indifférence, désintérêt	0 + ++ +++	. incohérence mentale	0 + ++ +++
. gestes :		. soliloque	0 + ++ +++
ralentis	0 + ++ +++		
maniérés	0 + ++ +++		
stéréotypés	0 + ++ +++		

CONCLUSION DE LA PARTIE PSYCHOLOGIQUE

Nous avons laissé prévoir que le projet d'établir une fiche n'aboutirait guère à un résultat utilisable, surtout si l'on essaie ce faisant de rechercher un maximum de rigueur expérimentale (1). Le lecteur doit sans doute en être maintenant convaincu, d'autant que l'on pourrait allonger la liste des signes de comportement à l'infini, en tous cas certainement plus encore que ce que nous en avons fait nous-même. Paradoxalement, nous pensons que si nous avions eu la possibilité d'examiner, non pas trente-six, mais cent ou mille dossiers, nous aurions été certainement conduit à réduire considérablement le nombre de ces signes.

(1). - L'excès de rigueur est une notion en soi surprenante. Nous voulons dire par là qu'il serait parfaitement légitime à un psychologue, fut-il même un psychologue mentaliste, de chercher à obtenir la maximum de rigueur possible. Il nous faut donc définir ce que peut-être l'excès de rigueur. Ce serait en tous cas une rigueur qui mènerait au primat absolu de la quantité, de la mesure, risquant de ce fait de nous faire manquer le psychologique, et ce pour deux raisons que nous avons cru devoir distinguer l'une de l'autre :

- d'une part, si l'on veut quantifier à tout prix, c'est que l'on cherche une loi générale qui pourrait inspirer quelque scepticisme à l'homme soucieux de ne rien perdre de la singularité personnelle et de ne pas la réduire à un simple écart quantitatif ; on va par conséquent manquer l'originalité si chère à notre formation homoeopathique, et il n'est pas impossible de penser que c'est dans la singularité individuelle que l'on trouve justement le psychique ;

- d'autre part, si l'on cherche la rigueur d'une mesure, étant donné que - et tout le monde est d'accord sur ce point depuis Bergson - il n'y a de mesure que dans le spatial, on sera conduit à ne s'attacher qu'aux aspects extérieurs, apparents du comportement et, par conséquent, à manquer tout ce qui sous-tend du point de vue mental, en tous cas non spatial.

Ce n'est donc pas tellement l'excès de rigueur dans un raisonnement qui est à incriminer, mais l'excès d'une rigueur qui se concevrait uniquement comme une rigueur numérique, la question de savoir s'il n'est pas possible d'être rigoureux dans du non spatial restant ouverte.

Même sous une forme abrégée et restreinte le principe même d'une fiche d'observation ne saurait avoir la fécondité que l'on pourrait en attendre a priori. En effet :

1) l'isolement des signes, leur distinction, sont corrélatifs d'un jugement quantitatif : nous avons renforcé cet aspect par la proposition de valeurs : zéro, +, ++, +++. Or, psychologiquement parlant, comment distinguer entre : coléreux ++ et coléreux +++ ? Il s'agit là d'une appréciation de l'observateur, qui ne saurait à chaque instant s'appuyer sur des tests précis et qui, au demeurant, créerait une situation nouvelle. Mais le choix entre ces valeurs dépend de la plus ou moins grande tolérance de l'observateur au comportement coléreux de l'enfant. Tel qui supportera fort bien la colère considérera l'enfant comme peu coléreux ou dira qu'après tout il pourrait y avoir des colères plus grandes, et coterà : coléreux ++ ; tel autre, qui tolère mal la réaction émotionnelle de la colère, considérera que, si un enfant crie une fois par heure, c'est qu'il est coléreux +++. En fait, il apparaît déjà que ces gradients s'appliquent non pas aux enfants, mais aux observateurs.

2) l'isolement et la différenciation des signes relèvent en soi d'un d'un projet psychologiquement contestable. Il s'agit d'une véritable entreprise d'atomisation de la personnalité. Or il y a longtemps que les psychologues ont fait justice de l'atomisme psychologique et la notion de personnalité leur apparaît, quant à eux, insécable.

La toute récente mise sur pieds, dans le cadre de l'Université de Paris VII, d'un cycle d'études intitulé "MATHÉMATIQUES et SCIENCES HUMAINES" nous laisse entrevoir qu'il serait possible un jour que les mathématiques puissent fournir un certain nombre de schémas rigoureux de modèles de personnalités, sans faire intervenir, pour autant, la notion de quantité. Il est certain que les mathématiques modernes paraissent de plus en plus prendre une certaine distance à l'égard de la quantité et de la spatialité, et que c'est dans ce mouvement qu'il peut être timidement envisagé de voir se réaliser une application plus subtile des mathématiques à une psychologie des profondeurs. Nous n'en sommes hélas pas encore là.

3) dans cette perspective, on risque de ne pas percevoir la signification d'éléments de comportement qui se retrouveraient identiques dans des chapîtres différents. Si un enfant est agressif avec ses camarades et agressif avec les adultes, l'utilisateur de la fiche peut considérer que cette rencontre est très satisfaisante et retenir alors ce signe d'agressivité comme caractéristique de sa personnalité. Il peut-être également porté à penser, dans le même mouvement, que cette agressivité est constitutionnelle, qu'elle est une manière d'être absolue de l'enfant, et du même coup se croire dispensé de chercher les raisons de cette agressivité. Il n'est d'ailleurs pas certain que l'agressivité d'un enfant à l'égard de ses camarades et l'agressivité d'un enfant avec les adultes aient exactement la même signification. C'est pourquoi il est tout à la fois légitime et dangereux de faire apparaître cette agressivité dans deux chapîtres différents, nécessaire car cela peut permettre de poser un problème, mais dangereux parce que cela fait courir également le risque de l'éluder.

4) l'activité technique qui consisterait à remplir une fiche à propos d'un enfant particulier représenterait, le cas échéant et vu les dimensions de celle que nous venons de vous proposer, un travail assez considérable. Toutefois, remplir une fiche revient à prendre une photographie psychologique, à un moment déterminé, d'un enfant. Si l'éducateur ou le praticien l'établit au soir d'une journée où l'enfant, exceptionnellement, s'est montré agressif, il est probable que les événements qui se sont déroulés au cours de cette journée donneront à l'agressivité, dans cette même fiche, une valeur excessive ; alors que, théoriquement, c'est une valeur de six mois qui devrait être matérialisée ici. Il faut donc dire que la fiche représente un instantané et, pire encore, un instantané atomisé. Or, l'observation clinique en psychologie est l'observation d'un sujet, en situation certes, mais aussi en évolution ; et l'on ne voit pas bien comment une fiche, inspirée d'un modèle spatial, pourrait contenir des éléments qui relèvent quant à eux d'une dimension temporelle. A cet égard, la fiche est dangereuse, car elle "fige" l'enfant à un certain moment de son évolution, pour inscrire ce moment de façon institutionnellement grave dans un dossier. Sur le plan de l'idéal, il faudrait en somme concevoir une fiche permanente et à tout instant modifiable, ce qui reviendrait

à penser à un calendrier perpétuel qui varierait selon l'humeur du jour (1).

5) les contradictions entre un signe relevé sous une rubrique et un signe relevé sous une autre rubrique posent un problème évident et quant à lui psychologiquement exploitable. Qu'arriverait-il cependant si, dans un même chapitre et sous un même signe, on découvrirait une contradiction ? L'enfant serait à la fois affectueux et opposant, non pas à des moments différents mais au même moment et dans le même élément du comportement. Si la fiche constituait une information destinée à alimenter une machine électronique, il ne fait aucun doute que l'ordinateur en rejetterait tout ou partie, ce qui, dans la réalité, reviendrait à peu près au même. Or, précisément ce phénomène, qui semble donc irrationnel, constitue aux yeux de nombreux psychologues la base normale de la personnalité humaine : il s'agit simplement de l'AMBIVALENCE des sentiments. A la limite, c'est ce fait de l'ambivalence qui serait en droit d'interdire de reconnaître à une telle fiche le droit même à l'existence.

Pour nous résumer :

trois constatations nous obligent à révoquer en doute la fécondité d'une fiche comme celle dont nous venons de donner l'exemple :

- a) son caractère monstrueux, et cependant inachevé ;
- b) l'impossibilité d'y coder de façon significative l'ambivalence ;
- c) le danger qu'il y a à présenter comme des signes de comportement existant effectivement chez l'enfant ce qui est en réalité une appréciation portée par un éducateur sur cet enfant.

(1). - Encore moins en psychologie qu'en odonto-stomatologie, on ne peut concevoir qu'une fiche, aussi bien conçue qu'elle paraisse avoir été, soit à jamais parfaite, prévoyant absolument tous les cas. La nôtre a d'ailleurs subi de nombreuses transformations, provoquées par l'examen des dossiers.

D'où la conclusion qu'une fiche ne saurait être "close" :

- d'une part à cause de l'évolution de la théorie sous-jacente, ainsi que celle de l'observateur ;

- d'autre part, parce que la généralisation en psychologie est sans doute impossible.

Tous les cas sont particuliers.

A ce stade de notre travail, nous sommes guettés par le scepticisme absolu. Tout ce que nous avons entrepris dans le sens d'un propos d'objectivité s'est révélé discutable, d'une part sur le plan de l'examen biomorphologique et de l'appareil dentaire, d'autre part et peut-être davantage encore, sur le plan d'une recherche objective de signes psychologiques.

Nous pourrions en rester à cette attitude de totale négativité. Nous pensons cependant qu'il est préférable d'agir ; qu'il existe une pratique odonto-stomatologique qui ne saurait être complètement aveugle, tout comme il existe également, sans doute, une pratique psychologique qui suppose la lucidité et le contrôle. Nous avons l'intime conviction que la recherche d'une garantie scientifique à ces pratiques peut-être tentée, mais en s'appuyant sur une base qui n'est pas celle d'une "quête de faits" isolables, positifs, mesurables, etc... Nous nous sommes efforcé jusqu'ici d'établir des faits et nous avons découvert qu'établir des faits, c'est en réalité les construire. Or, ces faits existaient. Le fait, d'un point de vue psychologique et pour ce qui est de notre recherche, ne consiste pas dans tel comportement de tel enfant, mais dans ce document que constitue le rapport d'un éducateur. Ce document existe, on le trouve dans un dossier, il a la forme matérielle d'un texte dactylographié. Si l'on cherche à travers ce document à dire ce qu'est la réalité d'un enfant, on s'aventure dans l'interprétation, on traverse le document sans le voir. Or ce document est rien moins que transparent, il est un témoignage sur son auteur, et sur la relation entre son auteur et l'enfant. Existe-t-il une personnalité de l'enfant indépendante de sa relation avec l'éducateur ? Rien n'est moins certain. L'idée d'une personnalité, qui serait une manière d'en soi, totalement indépendante des relations que cette personnalité entretiendrait avec tel ou tel autrui, est une idée

métaphysique qui n'a, en fait, aucune consistance. Ce qui existe, ce ne sont pas des personnalités isolées et vivant pour elles-mêmes et sur elles-mêmes ; ce sont des relations interpersonnelles, condensées en sorte sous la forme de personnalités qui ne sont distinctes que de façon métaphysique. Ceci est vrai, non seulement dans un cadre éducatif, mais aussi dans le domaine de la pratique d'une activité médicale ou paramédicale.

°

° °

Après cette longue spéculation qui a constitué jusqu'ici l'essentiel de notre effort, nous allons nous essayer maintenant à construire, mais cette fois sur la base-même de la réalité.

ETUDE CRITIQUE
DE RAPPORTS
D'EDUCATEURS

SOMMAIRE
=====

1	-	Avant-propos	Page 94
		1-1 Le dossier de synthèse	Page 94
		1-2 Des éducateurs	Page 95
2	-	Extraits intégraux d'un dossier	Page 98
		2-1 Comportement	Page 98
		2-2 Scolarité	Page 101
3	-	Rapport de l'éducatrice titulaire et, à travers lui, son propre comportement vis-à-vis de Francis.....	Page 103
4	-	Rapport de l'éducateur "tournant" et, à travers lui, son propre comportement vis-à-vis de Francis.....	Page 117
5	-	Rapport de l'éducatrice scolaire et, à travers lui, son propre comportement vis de Francis.....	Page 125
6	-	En conclusion	Page 139

AVANT - PROPOS

Cette réalité consiste essentiellement dans les rapports d'éducateurs. Le DOSSIER DE SYNTHÈSE est en effet composé de la manière suivante :

1) Une enquête sociale, rassemblant ce que l'on sait de l'histoire de l'enfant avant son entrée dans l'établissement. Il s'agit moins d'une anamnèse objective que d'une série d'appréciations portées la plupart du temps par une assistance sociale. Dans l'établissement, on accorde quelque intérêt à cette appréciation et bien entendu aux événements sur lesquels elle s'appuie, mais l'on convient assez aisément que bien des points de ce rapport d'enquête sociale sont sujets à caution et donc susceptibles d'être révoqués en doute.

2) Un bref rapport du neuro-psychiatre, qui est la relation de l'observation rapide effectuée par celui-ci sur chaque enfant, précède

3) Les rapports d'éducateurs, au nombre de trois :

- un rapport de l'éducateur de groupe, titulaire de ce groupe ;
- un rapport de l'éducateur tournant, qui le remplace deux jours sur six ;
- un rapport de l'éducateur scolaire.

4) Un rapport du psychologue, basé sur les tests auxquels il aura pu procéder personnellement.

5) Le rapport de synthèse enfin : c'est l'aboutissement de l'ensemble des rapports présentés verbalement à la réunion de synthèse. Son établissement et sa rédaction sont l'oeuvre du conseiller psycho-pédagogique. Ce rapport de synthèse n'est pas le résumé des rapports écrits figurant dans le dossier, mais il tente plutôt de synthétiser, dans un but pragmatique, à la fois ces rapports et la discussion qui ont lieu en synthèse,

où très fréquemment des phénomènes de groupe jouent un rôle essentiel(1).

Les rapports d'éducateurs dont nous allons maintenant faire, sur exemple, l'étude sont, ainsi que nous l'avons dit, inspirés de façon plus ou moins lointaine par une fiche explicite ou implicite. Toutefois, la consigne particulière à l'I. M. P. des Rosiers - consigne édictée par un très large souci de psychologie - est que l'éducateur se voit prié d'oublier cette fiche et de dire au fond "ce qui lui passe par la tête". Il est bien évident que l'éducateur ne saurait s'y plier totalement, puisqu'il va s'agir pour lui de rédiger un rapport destiné à être dactylographié, puis inséré dans un dossier, toutes pratiques peu conciliables avec l'association libre. Il faut dire d'ailleurs que les éducateurs sont souvent embarrassés par l'obligation réglementaire qui leur est faite de rédiger des phrases en bon français. D'autre part certains d'entre eux, psychologiquement informés ou intuitivement lucides, sentent la signification exacte de la demande qui leur est ainsi présentée. Ils savent - ou ils sentent - que "dire ce qui leur passe par la tête" revient à porter un témoignage sur soi-même, et non pas sur l'enfant. Du coup ils résistent et se replieraient volontiers sur l'établissement d'une fiche mécanique et peu compromettante, derrière laquelle ils pourraient mieux se dissimuler. Toutefois, le déroulement des synthèses, le climat de sympathie, de confiance et de groupe qui caractérise l'institution fait que, chaque année, une certaine acceptation de la consigne se fait jour chez les éducateurs. Cette acceptation prend souvent la forme élémentaire d'une rédaction négligée. La secrétaire-dactylographe, quant à elle, a pour consigne de reproduire le manuscrit de l'éducateur tel qu'il a été proposé y compris, à la limite, avec les fautes d'orthographe. Nous ne pouvons pas promettre qu'elle n'en ajoute pas quelques-unes de son propre chef. Il n'en reste pas moins que ces rapports sont significatifs de la spontanéité des éducateurs et qu'en somme nous disposons là de faits psychologiques, en tant que tels inattaquables, et sur lesquels une recherche

(1). - Nous avons pu nous même participer à certaines de ces synthèses et nous portons témoignage de ce que le rapport terminal qui en est issu recouvre une réalité psychologique bien plus ample que celle qui résulterait de la simple lecture des rapports présentés verbalement par les éducateurs, le neuro-psychiatre et le psychologue.

peut-être institué de façon positive, d'une positivité certes inhabituelle pour ce qui est de la méthodologie des sciences expérimentales, mais qui nous paraît cependant inattaquable.

Ce qu'on va voir c'est que, précisément, la réalité psychologique à laquelle nous allons aboutir n'est pas la réalité de l'enfant, ni davantage la réalité de l'éducateur ; elle est la réalité du rapport entre l'enfant et l'éducateur, et du mode d'existence réciproque que l'enfant et l'éducateur se trouvent en situation d'adopter, dès lors qu'ils sont l'un en présence de l'autre.

Nous tenons à préciser auparavant que chacun des trois rapports concernant le jeune M. . . . T Francis a été isolé de tout contexte, hors toute référence à quelque enquête sociale que ce soit. D'où notre totale ignorance, tant de ce que peut-être l'enfant, que de ses propres éducateurs. Il s'agit en effet, dans notre esprit, de nous en tenir strictement à des faits rigoureux, la rigueur étant ici déterminée par le texte même que proposent ces éducateurs inconnus et non pas par ce qu'il aurait été possible d'apprendre par ailleurs de l'enfant.

Nous voudrions d'autre part nous expliquer également sur le ton que nous avons employé dans le commentaire de ces rapports. Nous pensons en effet que ce langage n'est rien moins qu'académique ; mais il est présent à notre esprit que le style académique de la critique traditionnelle, qui consiste à enfermer les réactions spontanées du critique dans l'obligation qu'il se donne de rédiger correctement les phrases et de se plier aux structures linguistiques officielles est de nature à limiter sa propre expressivité.

La consigne donnée aux éducateurs des Rosiers de "dire ce qui leur passe par la tête" suppose de notre part une réaction du même ordre. Nous entendons par là qu'il serait à nos yeux trop facile d'opposer à la spontanéité des éducateurs l'effort de rigueur linguistique du commentateur ; qu'à ce jeu, l'éducateur serait écrasé et le commentateur valorisé à bas prix.

Au surplus, l'ensemble de notre travail repose sur l'idée qu'en toutes circonstances, un observateur, un expérimentateur, un praticien doivent être lucides à l'égard de leur implication personnelle. Or cette implication

se saurait sans dommage être enfermée dans les arcanes du beau style, ou simplement d'un style correct.

Nous le disions tout à l'heure : le respect des règles est le plus souvent utilisé comme mécanisme de défense à l'égard de l'implication personnelle. Le souci que nous avons de témoigner de notre propre capacité à l'implication trouve son expression majeure dans le parti pris que nous avons eu de transcrire de façon littérale notre réaction spontanée devant ces rapports.

On ne devra donc pas s'étonner de rencontrer tout au long de ce commentaire un langage vulgaire (au sens latin du mot) ; l'absence de phrases rigoureuses, le sentiment que nous pouvons donner d'une expression en premier jet (1), ne doivent d'aucune façon être démentis, car il s'agit bien d'une réaction immédiate, sans apprêt, telle que le magnétophone l'a recueillie au fur et à mesure que nous l'élaborions à haute voix.

C'est sur cette spontanéité que nous demandons à être jugé.

(1). - Nous avons voulu délibérément souligner ce fait par des caractères typographiques cursifs, donc différents de ceux composant le reste de l'ouvrage.

CURSIF, CURSIVE (adjectif) se dit - pour le petit LAROUSSE - d'une écriture courante et rapide. C'est donc par elle que nous avons désiré mieux traduire notre pensée.

COMPORTEMENT

M....t Francis

EDUCATRICE TITULAIRE

Francis a un visage rond, les yeux noirs et le regard vif. Sa chevelure est fournie retombe sur le côté droit. Il a une bonne musculature.

Il est désordonné, sa tenue est généralement négligée et il ne prend aucun soin à ses vêtements. Il ne fait sa toilette que parce qu'il se sent surveiller. Son allure générale est vive.

Il ne marque pas de préférence pour les activités d'intérieur ou d'extérieur, il se sent aussi à l'aise dans les uns que dans les autres. Il se dépense beaucoup mais s'essouffle vite, il se dénude facilement dès qu'il a fourni un effort, son visage est alors très rouge.

Le soir, il s'endort très vite mais se réveille juste au moment du lever, mais il ne dort jamais pendant la sieste. Il montre un gros appétit au deux repas principaux mais ne mange pratiquement rien le matin.

Francis porte des lunettes, lorsqu'il est fatigué il a des cernes sous les yeux et louche légèrement.

Assez instable, Francis est toujours en mouvement. Il préfère les jeux vifs et les bagarres. On doit noter une légère, mais mauvaise coordination des mouvements. Il s'intéresse aux travaux manuels mais ne réussit honorablement que les dessins. Les travaux minutieux ne l'intéresse pas. Il entreprend plusieurs ouvrages à la fois mais n'en termine aucun.

Francis pose beaucoup de questions, enregistre facilement les explications et les comprend bien mais ne les retient pas longtemps.

Son vocabulaire est pauvre, s'il s'exprime facilement en face de ses camarades, face à l'éducatrice il perd tous ses moyens. Il fait preuve de bon sens et se montre capable de discerner le vrai du faux. Il invente des histoires à l'usage de ses camarades. Quand il est pris en faute, il rougit et bégaye devant l'adulte.

Il est très bien intégré dans son groupe mais il a conscience de ses insuffisances par rapport à certains de ses camarades, aussi cherche-t-il à se faire remarquer et emploie-t-il tous les moyens pour attirer l'attention. Ce qui ne l'empêche pas d'être raisonnable et d'assumer correctement les responsabilités qu'on lui confie.

Sociable et généralement de bonne humeur, il se contente dans ses mauvais jours de rester muet. Il ne recherche pas spécialement la compagnie des adultes. Par contre, il est très sensible à toutes les réflexions gentilles qu'on lui fait. Le soir, il attend avec le sourire le moment où on vient lui dire bonsoir. Le matin, il est le premier à venir souhaiter le bonjour à son éducatrice.

En équipe, Francis est facile à vivre, bon camarade il ne s'entend pas avec tous, il n'aime pas ceux qu'il croit supérieurs à lui-même. Il faut noter qu'il prend toujours la défense des plus petits.

Les lettres de la mère ont un effet catastrophique. Elles l'entre-tiennent de ses propres problèmes : argent, maternité, fatigue... tout y passe.

Francis ne parle pas de ses parents.

EDUCATEUR TOURNANT

Francis est normalement constitué sur le plan physiologique. De stature moyenne, il a une bonne musculature et une bonne ossature.

Son visage est toujours souriant et éclairé par deux grands yeux noirs. Son regard est vif et direct.

Il semble accepter aussi bien les activités d'intérieur que les activités d'extérieur. Ses besoins alimentaires sont normaux.

Dans les travaux manuels, Francis apprend assez vite à réaliser des travaux corrects mais il ne se presse pas, ni ne se fatigue.

Il a un sommeil bon et son réveil est rapide. Il pose peu de questions mais il observe ce que font les autres et enregistre sans rien dire. Il ne fait pratiquement aucune preuve d'initiatives et ne manifeste aucun désir de création.

Son vocabulaire est très pauvre mais il se montre capable de discerner le vrai du faux, ainsi que le bien du mal.

Il est très sociable dans l'équipe. Son influence sur ses camarades est bonne. Il aime la compagnie de l'éducateur, et dialogue fréquemment avec lui, il se montre même fréquemment confiant, il est franc et docile mais livré à lui-même et sans surveillance il ne tarde pas à faire des bêtises.

Il ne parle pratiquement pas de sa famille, les rapports avec elle se limitent par quelques lettres qui ne semblent pas lui faire plaisir.

SCOLARITÉ

M....t Francis

EDUCATRICE SCOLAIRE

Au début, Francis m'a semblé difficile à prendre. En fait, il est plein de malice, mais il a de grandes possibilités : en captivant son attention pendant de courtes périodes répétées, alternées avec des moments de détente, il se peut qu'il rattrape son retard scolaire.

C'est un enfant taquin, qui a une grande vitalité. Il est serviable, et c'est lui qui a pris tout de suite en charge les "nouveaux" de la classe. Il semble avoir beaucoup d'assurance ; cependant il lui arrive d'être déprimée ; il s'isole alors pendant des heures entières.

Il répond souvent avec violence, d'une voix forte et avec incorrection. Mais cela semble involontaire : il n'est pas éduqué.

Il se laisse entraîner par l'ambiance générale : si la discipline est ferme, il fait de son mieux, c'est-à-dire qu'il travaille, quoique lentement et après de nobreux encouragements ; si Richard Benoist et quelques autres réveillent une ère de révolte et d'espiègelries, il s'y met et connaît quantité de "trucs".

Il ne parle jamais de son père, sinon pour signaler qu'il gagne actuellement le seul argent rentrant à la maison. Il doit aimer sa mère, mais semble lui en vouloir de ne pas s'occuper de lui davantage. Il est bien comme tous les enfants de son âge : sa mère lui a écrit qu'elle ne lui enverrait rien pour Noël, il comprend bien toutes les raisons qu'elle lui donne, mais les accepte mal.

Pendant un mois, il a tâché d'attirer mon attention en disant des bêtises et en ricanant avec ses camarades. Au début, je le punissais et ensuite il s'opposait à tout ce que je pouvais lui demander. Puis, je ne m'en suis plus occupé. Et maintenant, il vient m'embrasser très affectueusement le matin, en me promettant de s'appliquer, ce qu'il oublie souvent dans la journée, mais quelques rappels à l'ordre suffisent à le relancer. Il perd patience si une activité se prolonge. On voit sa fatigue et sa

nervosité en fin de journée, le 22 octobre, il n'a rien fait de 4 h 1/2 à 5 h 1/2 et à prétendu, pour s'excuser, qu'il n'aimait pas la géographie.

En réalité, il connaît bien peu de chose à part la pêche aux écrevisses et le parc de Blossac à Poitiers. L'histoire, les sciences et la géographie ne l'intéressent pas de prime abord : il faut lui en montrer l'utilité. En calcul, il connaît les mécanismes de base, mais raisonne rarement un problème, surtout seul devant son cahier. En orthographe, il fait quantité de fautes même dans les dictées préparées, mais il y a là, je suppose, beaucoup d'inattention. Il sait très peu de vocabulaire. Il ne lis pas bien et oublie la ponctuation ; il confond les lettres p, q, g ; parce qu'il se précipite. Il apprend lentement ses récitations parce qu'il est tête en l'air, et invente quand il ne sait pas.

En somme, il travaille lentement et il est lent à réaliser les questions posées ; il veut cependant répondre vite et se trompe mais se reprend en souriant de son étourderie. Sa lenteur scolaire contraste avec la vivacité de son regard et de ses répliques.

Le problème serait peut-être de captiver son attention.

RAPPORT DE L'EDUCATRICE TITULAIRE
ET, A TRAVERS LUI, SON PROPRE COMPORTEMENT
VIS-A-VIS DE FRANCIS.

Paragraphe 1

Francis a un visage rond,	<i>Il n'y a trop rien à dire là-dessus ; visage rond : où est-ce que cela commence ? où est-ce que cela finit ? C'est évidemment une impression, c'est sans doute peu significatif.</i>
les yeux noirs	<i>Même chose.</i>
et le regard vif.	<i>Attention, l'adjectif VIF ne caractérise pas une réalité extérieure. C'est franchement une impression. Disons qu'attribuer à un enfant un regard vif, cela veut dire que c'est un regard qui, en fait, accroche celui de l'éducatrice. On peut donc signaler que cet enfant est très présent à l'éducatrice, qu'il n'est pas neutre. Une fille qui peut avoir 22 ou 23 ans peut chercher à savoir ce qu'il y a derrière cette vivacité. Un regard qui parle, et par conséquent auquel l'éducatrice a envie de répondre. Le terme de vif est important d'autant qu'on va trouver ce mot vif un certain nombre de fois (3 fois), et bien sûr l'éducatrice ne s'en est pas aperçue.</i>
Sa chevelure fournie retombe sur le côté droit.	<i>Rien à dire.</i>

Il a une bonne musculature.

Bonne musculature : là aussi c'est une notion. L'éducatrice n'est pas spécialiste d'éducation physique, d'anatomie du corps humain. On peut supposer pour qu'elle en parle - avec cette chevelure fournie qui retombe sur le côté droit, ces yeux noirs (mis à part peut-être le visage rond) - qu'il y a là la préhension, la saisie, d'une certaine virilité chez le garçon. Sans doute.

Paragraphe 2

Il est désordonné,

Il y a là un jugement de valeur. D'abord, où commence et où finit un désordre ?

Elle ne va pas donner des détails sur ce désordre. On a encore l'impression qu'il s'agit d'une intuition générale qui n'est pas tellement appuyée sur une description précise, mais il est désordonné, elle l'affirme. Elle lui impute cela comme un défaut, même si "souvent un beau désordre est en effet de l'art", c'est une critique. Il est, dit-elle, alors que cela ne peut être qu'une impression générale.

sa tenue est généralement négligée

Cela confirme ; "généralement" a l'air d'introduire une nuance, mais nuance qui va s'effacer instantanément.

et il ne prend aucun soin à ses vêtements.

Cette fois-ci "aucun soin" c'est comme désordonné ; il est bien certain qu'il y a là une critique qui commence à faire penser à un certain rejet.

Il ne fait sa toilette que parce qu'il se sent surveiller.

Elle interprète une attitude de l'enfant, elle ne constate pas. Elle ne dit pas : il ne fait sa toilette que lorsqu'il est surveillé, mais "parce que...".

Et il n'y a pas lorsqu'on le surveille, mais "parce qu'il se sent...", ce qui veut dire que c'est dans la mesure où il craint la sanction qu'il fait sa toilette. Elle lui attribue un mauvais vouloir, une résistance, etc...

En tout cas, cela veut dire une chose très précise : c'est que l'éducatrice à tendance à surveiller l'enfant (cf. orthographe du mot surveillé, avec ER au lieu de É).

Ceci correspond évidemment à la vivacité de l'enfant. Il l'intéresse, mais elle le surveille et elle le critique. C'est un peu un rejet sourcilleux. "Il se sent surveiller"; en fait cela veut dire qu'elle le surveille. Surveiller, c'est son métier ; mais le surveillant dans un lycée, ce n'est pas quelqu'un de particulièrement bienveillant, c'est le garde-chiourme. Elle a un peu une attitude de rejet et une attitude d'une autorité assez négative, assez agressive. Elle surveille.

Son allure générale est vive.

On retrouve la vivacité cette fois-ci dans l'allure générale. Tout à l'heure c'était simplement dans le regard. Après avoir fait ses critiques, elle revient à l'idée qu'il a quelque chose de vif. C'est pourtant un enfant intéressant, auquel j'aimerais m'intéresser mais, sous-entendu : je ne sais pas pourquoi, je le rejette.

Paragraphe 3

Il ne marque pas de préférence pour les activités d'intérieur ou d'extérieur. Il se sent aussi à l'aise dans les unes que dans les autres.

Il y a là un petit quelque chose de curieux. Les deux phrases ne sont pas tout à fait sur un même plan. Car c'est autre chose que de dire : "il ne marque pas...", ce qui veut dire : il n'est pas plus intéressé par les unes que par les autres, autrement dit qu'il est apathique; et "il se sent aussi à l'aise..."

En somme tout se passe comme si elle avait mis d'abord une phrase un peu trop négative, et qu'elle éprouvait l'instant d'après un peu l'envie de corriger l'impression.

Il se dépense beaucoup,
mais s'essouffle vite,

Nous ne voyons pas pourquoi le "mais", car enfin, si l'on se dépense beaucoup, on s'essouffle vite. Pourquoi mettre "mais", alors que et est plus facile. Le "mais" introduit une critique : regardez-moi cet animal-là, il n'est même pas capable de se connaître. Il en fait, il en fait, il en fait. Si encore cela le dynamisait, cela l'épanouissant ; et après, il s'effondre : "mais il s'essouffle vite".

il se dénude facilement
dès qu'il a fourni un
effort,

Cette phrase semble être amenée en principe par la première ; mais alors, là, le jeu des associations, inconscient chez l'éducatrice, paraît devenir extrêmement intéressant.

"Il se dénude" : le terme est singulier. Il se découvre, il se déboutonne ; pourquoi se dénude-t-il ? Et elle ajoute cette phrase très révélatrice :

son visage est alors
très rouge.

L'enfant rougit-il seul, ou bien l'éducatrice projette-t-elle sa propre rougeur sur lui ? Derrière tout cela, il y a quelque chose chez l'éducatrice. L'enfant rougit vraisemblablement, mais sans doute l'éducatrice rougit-elle aussi : "il se dénude facilement".

Paragraphe 4

Le soir, il s'endort
très vite

C'est une qualité. En effet, si l'enfant ne s'endort pas tout de suite, il faut que l'éducatrice revienne, etc...

mais se réveille juste
au moment de se lever,

Encore un "mais". Pourquoi ? Cela prouve tout simplement que le rythme de sommeil imposé aux enfants par l'institution est bon. "Juste au moment de se lever" veut dire évidemment qu'il n'est pas réveillé avant. Seulement, elle ne signale pas qu'il a du mal à se réveiller le matin, alors qu'elle le ferait si elle avait de la peine à le faire sortir du lit. Il se pourrait que cela veuille dire que l'enfant n'aurait pas besoin de la tendresse du coucher et de celle du lever.

mais il ne dort jamais
pendant la sieste.

Encore un "mais". Cela paraît évident après une excellente nuit de sommeil. Nous assistons ici à un retour au thème de : il est empoisonnant, car s'il ne dort pas pendant la sieste, il faut le surveiller.

De toutes les façons, il y a peut-être un certain dépit : elle proteste contre ce sommeil parfait qui prive l'éducatrice de l'occasion de le cajoler. Il n'a apparemment pas tellement besoin d'elle.

Il montre un gros appé-
tit au deux repas prin-
cipaux mais ne mange
pratiquement rien le
matin.

Cette notion de gros appétit, c'est une certaine façon de critiquer l'enfant : il n'est pas bien, il mange trop à midi et le soir, et pas assez le matin. Elle semble gênée de cet équilibre et lui en veut de son appétit, comme de son sommeil; elle lui en veut de tout. Elle oppose.

Paragraphe 5

Francis porte des
lunettes,

*Elle commence par une description extérieure,
qui la conduit naturellement à la phrase suivante :*

lorsqu'il est fatigué,
il a des cernes sous
les yeux

*Là, une interprétation peut-être osée:
Ces yeux cernés sous la plume inconsciente d'une
jeune fille qui rougit lorsque cet enfant râblé,
à bonne musculature, se dénude, ne dévoilerait-il
pas chez l'éducatrice le fantasme d'une quelcon-
que masturbation de l'enfant ? Elle ne parlera
pourtant pas de la sexualité de l'enfant -du tout-.
Ces cernes sous les yeux, est-ce que c'est très
objectif, n'est-ce pas une impression qu'elle a ?
Tout se passe comme si la jeune fille était gênée
devant ce garçon vif, et comme si elle n'arrivait
pas à accrocher, ce qui est confirmé par la demi-
phrase suivante :*

et louche légèrement.

Elle rejette. C'est pourtant peut-être vrai.

Paragraphe 6

Assez instable, Francis
est toujours en mouve-
ment.

*"Instable" semble être employé ici au sens de la
stabilité quasi-posturale. Or, un enfant instable,
c'est autre chose. Il peut très bien être calme
et instable. On peut être instable dans ses amitiés,
instable dans ses camaraderies, etc...
Quand elle dit "instable", elle prend en fait instable
au sens profond du mot. Elle fait encore une criti-
que, qu'elle sent peut-être un peu trop rapide.
Alors elle essaie de donner une preuve de cette
instabilité, et tout ce qu'elle trouve comme preuve
c'est : "Francis est toujours en mouvement", ce qui
n'est pas une preuve d'instabilité, mais plutôt
d'agitation. Seulement, elle ne dit pas qu'il est*

agitée, elle dit qu'il est instable, ce qui est plus grave psychologiquement.

Il préfère les jeux vifs et les bagarres.

Troisième apparition de "vif", c'est cohérent. Préférer les jeux vifs pourrait être en complément ; il a de la vivacité, il est viril, c'est bien. Et tout de suite apparaît la gradation : "et les bagarres". Il va trop loin : c'est une critique.

On doit noter une légère, mais mauvaise coordination des mouvements.

Ce "mais" est sublime.

Le peu qu'il y a de coordination dans les mouvements de ce jeune garçon -qui devraient l'être- est rendu définitivement mauvais par ce "mais" (le 5ème depuis le début). Que reste-t-il donc alors ? Tout le reste est encore pire, certainement. On sent maintenant se préciser nettement la notion de rejet.

Il s'intéresse aux travaux manuels mais ne réussit honorablement que les dessins.

Il a bien des intérêts, c'est une qualité, mais il n'aboutit pas.

"Honorablement" : même pas, nous le verrons plus bas.

Les travaux minitieux ne l'intéresse pas.

Cette fois-ci, l'intérêt disparaît. Elle gomme systématiquement tout ce qu'elle a lâché de compliments.

Il entreprend plusieurs ouvrages à la fois mais n'en termine aucun.

Est-ce qu'il termine les dessins, malgré l'"honorablement" situé plus haut ?

Même pas, semble-t-il. Alors, que reste-t-il ? Plus aucune qualité.

Paragraphe 7

Francis pose beaucoup de questions, enregistre facilement les explications et les comprend bien, mais ne les retient pas longtemps.

Ce tableau apparent de rejet : "mais il ne les retient pas", après ces trois compliments successifs et assez inattendus sous la plume d'une éducatrice, plus portée jusque-là à la critique qu'aux compliments, va devenir un peu plus complexe.

Comment l'éducatrice sait-elle que l'enfant ne retient pas ses explications ? Elle ne l'interroge pas ; elle n'est pas l'éducatrice scolaire, elle est l'éducatrice de groupe. Nous croyons plutôt que l'enfant revient le lendemain poser la même question que la veille. Il ne retient pas longtemps les réponses. La preuve, c'est qu'il comprend bien, et pourtant il revient le lendemain et repose la même question que la veille, comme s'il avait oublié ce qu'elle lui avait dit. Ce qui voudrait dire que l'enfant aime poser des questions à l'éducatrice ("il est vif"). Il cherche en réalité un contact avec elle, et l'on voit bien quelle doit être son attitude à elle : mais je te l'ai déjà dit hier. Elle rejette, et pourtant le gosse manifeste des élans vers elle. On est en pleine ambivalence, parce qu'elle le juge à la fois digne d'intérêt, vif, etc... et pourtant elle repousse ses avances, elle refuse l'accrochage.

Paragraphe 8

Son vocabulaire est pauvre,

Bon.

s'il s'exprime facilement en face de ses camarades,

Elle voudrait qu'il lui parle à elle aussi facilement qu'à ses camarades : dépit. Ce n'est pas

face à l'éducatrice il perd tous ses moyens.

qu'elle soit tellement satisfaite qu'il se trouble devant elle, parce qu'au fond elle se trouble devant lui.

Elle semble vouloir masquer son ambivalence en haussant les épaules et en disant : je m'en moque du gosse !

Il y a un peu à la fois un dépit et une gêne.

La gêne du gosse devant l'éducatrice est également la gêne de l'éducatrice devant le gosse.

On retrouve le thème : "il rougit lorsqu'il se dénude", etc... C'est très ambivalent : elle est gênée de sa gêne et elle a du dépit.

Il fait preuve de bon sens et se montre capable de discerner le vrai du faux.

Voilà des compliments.

Il invente des histoires à l'usage de ses camarades.

Il y a sous-entendu, mais très fort, un "mais", un "pourtant", qui précède cette phrase. Donc il fabule, il est mythomane, et pourtant il sait, il a tort. Elle le rejette pour cela, et la preuve c'est qu'il va être puni, puisque inventer des histoires à l'usage de ses camarades, c'est se mettre en faute.

Quant il est pris en faute,

Par qui, sinon par elle ? Donc elle est à l'affût de le prendre en faute, lors même qu'il raconte des histoires à ses camarades, et non pas à elle (car il raconte des histoires à ses camarades). Alors, que fait l'éducatrice ? Elle intervient pour montrer à ses camarades qu'il fabule. Elle le détruit devant ses camarades. Elle joue là un drôle de rôle.

il rougit et bégaye devant l'adulte.

Voilà toujours la gêne devant l'adulte, cet adulte qui intervient dans le groupe où il raconte une belle histoire.

Le formulaire est derrière, mais voyez ce que cela donne, des choses intéressantes en ce qui la concerne elle, l'éducatrice.

Paragraphe 9

Il est très bien intégré dans son groupe,

Parfait. Il y a toujours un compliment dans chaque §, encore qu'il n'est pas exclu qu'elle puisse en vouloir aux camarades de l'admettre. Il y avait du dépit tout à l'heure : il s'exprime facilement devant ses camarades, il raconte des histoires. Et elle ne veut pas.

mais il a conscience de ses insuffisances par rapport à certains de ses camarades,

Cela pourrait être encore un compliment : elle en profite pour glisser qu'il a des insuffisances. Finalement elle fait coup double : le compliment et la flèche empoisonnée, et cela va continuer.

aussi cherche-t-il à se faire remarquer et emploie-t-il tous les moyens pour attirer l'attention.

"Tous les moyens", même les plus mauvais : critique.

Ce qui ne l'empêche pas d'être raisonnable et d'assumer correctement les responsabilités qu'on lui confie.

Elle revient à un compliment ; elle sent qu'elle vient d'aller un peu trop loin dans ses critiques et elle éprouve un désir inconscient de compenser. Elle aime l'enfant en même temps qu'elle le rejette, d'où un jeu de compensation constante, de bascule : critique, compliment, critique, etc... Elle est un pleine ambivalence.

A remarquer le "correctement", pas plus. On a déjà rencontré plus haut (§ 6) un "honorablement". Elle fait des compliments mesurés, et ne s'emballe jamais sur eux.

Paragraphe 10

Sociable

C'est pour cela qu'il est très bien intégré dans son groupe.

et généralement de bonne humeur, il se contente dans ses mauvais jours de rester muet.

Est-ce que c'est un compliment ou une critique ? D'abord, premièrement, il a des "mauvais jours". Elle a dit tout à l'heure qu'il était instable : voilà qui corrige le "généralement". Il a de mauvais jours : à ce moment-là, il n'est pas agressif. S'il l'était -comme ses camarades dans le même cas- elle pourrait intervenir, se serait-ce que pour le calmer, elle pourrait accrocher. Mais lui, dans ses mauvais jours -on peut supposer sans crainte de trop se tromper qu'ainsi sont appelés les jours de tristesse- il reste muet, ne donne aucune prise. Mais peut-être est-ce parce que l'enfant sent confusément que s'il exprimait sa tristesse, son désespoir, il n'aurait aucun écho.

Elle le félicite de ne pas être agressif, en même temps qu'elle lui en veut finalement de rester muet, de ne pas se confier.

Toujours le féliciter et le critiquer en même temps.

Il ne recherche pas spécialement la compagnie des adultes.

Qu'est-ce que cela veut dire pour l'éducatrice "les adultes" ? Sa compagnie à elle ? C'est contradictoire avec l'alinéa précédent (§ 9) où il cherchait à se faire remarquer par tous les moyens.

Ne serait-ce plutôt pas elle qui ne rechercherait pas la compagnie de Francis?

Par contre, il est très sensible à toutes les réflexions gentilles qu'on lui fait.

On ne comprend plus très bien.

Le soir, il attend avec le sourire le moment où l'on vient lui dire bonsoir. Le matin, il est le premier à venir souhaiter le bonjour à son éducatrice.

Pour un enfant qui ne recherche pas spécialement la compagnie des adultes, ce n'est pas si mal. Il recherche au contraire la compagnie des adultes, il la recherche même beaucoup : "il attend".

L'éducatrice dit qu'il ne recherche pas cette compagnie : c'est donc qu'elle ne veut pas la lui donner.

Enfin, il n'est pas comme elle voudrait qu'il soit et c'est elle qui sent qu'au dedans d'elle-même elle n'est pas comme elle devrait être. Car, finalement, il lui demande beaucoup, et elle ne répond pas. Du coup elle dit : "il ne recherche pas". Mais lorsqu'elle décrit le comportement, on s'aperçoit qu'il cherche. Alors cet enfant, il est qui, il est quoi ? Il veut la compagnie des adultes ? Elle dit que non. A côté de cela, il est le premier à venir dire bonjour. Qu'est-ce que c'est "rechercher la compagnie des adultes" ? Qu'est-ce que cela voudrait dire ? Supposez le questionnaire : recherche-t-il la compagnie des adultes ? Elle dit que non. Un autre éducateur verrait cet enfant venir tôt le matin, attendre le soir... et dirait oui.

Paragraphe 11

En équipe, Francis est facile à vivre,

Toujours un peu le dépit : ce n'est pas facile pour l'éducatrice de vivre avec lui, et ce n'est pas facile également pour Francis de vivre avec elle.

bon camarade,

Pourquoi "bon camarade" puisqu'il n'est pas bien avec moi, sous-entend l'éducatrice ?

il ne s'entend pourtant
pas avec tous,

*Après le compliment qui précède, le besoin d'une
critique : toujours la balance.*

il n'aime pas ceux qu'il
croit supérieurs à lui-
même.

Accentuation de la critique : il est jaloux.

Il faut noter qu'il
prend toujours la dé-
fense des plus petits.

*Elle revient au compliment "il faut noter" ;
elle aurait pu mettre : il faut noter "pourtant",
ou "mais il faut noter".*

*Elle aurait pu écrire ce paragraphe de la manière
suivante : "en équipe, Francis est facile à vivre.
Bon camarade, il prend toujours la défense des
plus petits. Pourtant, il ne s'entend pas avec
tous et n'aime pas ceux qu'il croit supérieurs
à lui-même".*

*Cela aurait semblé plus logique, plus cohérent,
la critique venant à la fin.*

*Elle aurait encore pu le rédiger en plaçant les
critiques d'abord, pour les effacer ensuite par
les compliments : "Francis ne s'entend pas avec
tout le monde et n'aime pas en particulier ceux
qu'il croit supérieurs à lui-même. Il n'en reste
pas moins qu'il est facile à vivre en équipe,
bon camarade, et qu'il prend toujours la défense
des plus petits".*

*Cela aurait dépeint un autre enfant -ou une
autre éducatrice- et dans les deux formes par
nous proposées.*

*C'est un tableau oscillant, ambivalent, une
palinodie.*

*Nous allons voir qu'avec le jeu des "mais", les
autres éducateurs vont renverser complètement le
tableau, tout en relevant des signes proches.*

Paragraphe 12

Les lettres de la mère ont un effet catastrophique.

Cette phrase semble, avec celle qui suit, devoir nous donner la clé de l'attitude de l'éducatrice envers l'enfant.

N.B. *L'éducatrice a parfaitement le droit de lire les lettres que reçoit l'enfant. D'ailleurs, en règle générale, chacun d'eux lui tend spontanément la lettre qu'il vient de recevoir.*

Elles l'entretiennent de ses propres problèmes : argent, maternité, fatigue... tout y passe.

"Tout y passe", ce n'est pas très objectif. Il ne passe pas tout dans une lettre. L'éducatrice critique la mère d'écrire de telles lettres. Or, elle-même est sur le plan de la mère, et elle vient de montrer qu'elle en est jalouse. Elle est ennuyée que cette mère existe. Cette mère est disqualifiée finalement à ses yeux. Du coup, la place de la mère est à prendre. L'éducatrice a envie de la prendre, et en même temps elle a peur. Elle craint que l'enfant ait d'une mère l'image d'une femme qui couche avec un homme et qui fait des gosses. Elle craint que l'enfant n'ait cette vision-là. Elle sent que la place est à prendre, mais elle a peur de prendre le relais de cette mère qu'elle-même, éducatrice, déteste : "tout y passe".

C'est très passionné et ambivalent.

Paragraphe 13

Francis ne parle pas de ses parents.

Nous voulons bien.

Cela confirme que l'éducatrice lit les lettres.

Mais alors sur quel plan se place l'éducatrice ?

Sur le plan de la mère, et c'est bien ce que nous venons de développer.

RAPPORT DE L'EDUCATEUR TOURNANT
ET, A TRAVERS LUI, SON PROPRE COMPORTEMENT
VIS-A-VIS DE FRANCIS.

Paragraphe 1

Francis est normalement constitué sur le plan physiologique.

Il y a beaucoup moins d'inhibition. Il aborde tout de suite le plan physiologique. Il n'a pas de complexes du tout.

De stature moyenne, il a une bonne musculature et une bonne ossature.

L'éducateur tournant peut les amener à la douche, les voir. On aurait pu demander à cet éducateur tournant si l'enfant était génitalement ...? et sa réponse : oh, oui...! alors que la fille aurait été très gênée.

"Normalement", "de stature moyenne", c'est précis. Cela correspond à ce qu'à dit l'éducatrice titulaire quoique "bonne", "moyenne", on ne sait pas très bien ce que cela veut dire. Ce qu'il y a, c'est que cela confirme ce qu'a dit la fille, mais en précisant que l'enfant est, pour l'éducateur, moyen, et donc qu'il ne tranche pas sur le lot, qu'il n'est pas exception dans le groupe. Il est moyen, il est bien.

Paragraphe 2

Son visage est toujours

Alors là, il accroche, mais modérément. Ce n'est

souriant et éclairé par
deux grands yeux noirs.

tout de même pas très nourri.

Son regard est vif et
direct.

*C'est favorable, sans réserve. Celui-là regarde
en face ; il ne fuit pas. Il n'est pas ambivalent.
Il n'y a pas d'arrière-plan pour l'éducateur, qui
ne fait pas l'hypothèse qu'il y a un monde de
mystère derrière cette personnalité. Il est comme
il est : "direct". Il ne faut pas chercher midi
à quatorze heures avec cet enfant.*

Paragraphe 3

Il semble accepter aussi
bien les activités d'in-
térieur que les activités
d'extérieur.

*Tout à l'heure, l'éducatrice titulaire disait
que l'enfant (§ 3) était aussi à l'aise dans
les activités d'intérieur ou d'extérieur, mais
en ayant dit d'abord qu'il ne marquait pas de
préférence.*

*Elle avait sorti un truc négatif avant de
sortir un truc positif. Ce n'est pas net.*

*L'éducateur tournant dit : "il semble accepter
aussi bien...". C'est bien la même idée.*

Ses besoins alimentaires
sont normaux.

*Alors que, pour l'éducatrice titulaire (§ 4),
"il montre un gros appétit aux deux repas prin-
cipaux, mais ne mange pratiquement rien le
matin".*

*Il y a peut-être là quelque chose qui tient à
l'enfant. Ou bien cela veut dire que l'éducateur
trouve normal que l'on mange beaucoup le midi
et le soir, et très peu le matin. Peut-être mange-
t-il lui-même comme cela. Ou bien, c'est que l'en-
fant mange de façon plus normale lorsqu'il est en
face d'un homme -un éducateur- sur le plan du père,
alors que, lorsqu'il est en face d'une femme
-l'éducatrice titulaire- sur le plan de la mère*

*il est perturbé dans ses intérêts alimentaires.
En face d'un homme, il n'est pas perturbé.
Mais il y a cette idée qu'après tout cet enfant
est normal. Cela veut dire finalement que l'édu-
cateur n'a pas du tout envie de se casser la tête,
et en tout cas pas pour cet enfant-là, qui ne
pose pas de problème : il est vif et direct, il
a des besoins alimentaires normaux, aucun problème.
L'éducatrice titulaire et l'éducateur tournant,
qui devraient en principe faire leur rapport
isolément, se le montrent en général avant la
synthèse.
Si donc l'éducateur a décrit que "ses besoins
alimentaires sont normaux", nous ne serions pas
surpris que cela veuille dire qu'il corrige et
qu'il dise à l'éducatrice : c'est avec toi qu'il
mange comme cela, et pas avec moi ! Avec moi,
il mange normalement.
C'est souvent le cas.
Et vous voyez le questionnaire qu'il y a derrière.
Il y a un peu le même plan. C'est plus clair, c'est
plus net, mais avec moins d'ombres et de mystère.
Evidemment, c'est moins intéressant finalement.*

Paragraphe 4

Dans les travaux manuels, Francis apprend assez vite à réaliser des travaux corrects mais il ne se presse pas, ni ne se fatigue.

Contradiction complète avec le rapport de l'éducatrice.

Elle dit : "il se dépense beaucoup, mais s'es-souffle vite".

L'observation de l'une et de l'autre concerne le comportement général de l'enfant.

Paragraphe 5

Il a un sommeil bon

C'est ce qu'elle disait, en faisant un commentaire sur la manière dont il s'endormait et celle dont il s'éveillait. Elle n'ajoutait pas : "il a un sommeil bon", parce qu'elle n'aimait pas cela. Finalement, cela veut bien dire qu'il a un sommeil bon. Mais comme elle n'aime pas sa façon de s'endormir et sa façon de s'éveiller, ou la façon dont elle voit son endormissement et son réveil, elle ne dit pas : "il a un sommeil bon". L'éducateur, lui, dit les choses beaucoup plus simplement : il a un sommeil bon. Il est moins impliqué. Il constate. C'est plus constaté.

et son réveil est rapide.

C'est bien la même idée, ce n'est pas dit pareil. Il y avait un malaise chez l'éducatrice.

Il pose peu de questions.

Alors qu'il posait des questions à l'éducatrice, dont il oubliait la réponse, c'est-à-dire qu'il posait souventefois la même. Nous l'avons interprété (§ 7) comme un besoin de contact avec l'éducatrice mais, étant donné qu'elle le rejette en même temps qu'elle le souhaite, cela s'arrangeait mal entre eux.

Pour ce qui est de l'éducateur, "il pose peu de questions". A l'éducatrice, il en pose beaucoup, mais il est gêné.

Il a besoin moins d'un père que d'une mère. C'est la mère qui est en cause, et nous l'avons vu tout à l'heure (§ 12 et 13).

mais il observe ce que font les autres

Finalement, il lui fait des compliments.

et enregistre sans rien dire.

Il est intelligent, il s'instruit en regardant. L'éducatrice avait l'air de dire : il pose des

questions, il oublie tout de suite (sous-entendu : la preuve c'est qu'il en repose d'autres) ; il n'apprend rien.

Pour l'éducateur, il ne pose pas de questions, mais il voit tout et il comprend tout : il y a une grosse différence.

Il ne fait pratiquement aucune preuve d'initiales et ne manifeste aucun désir de création.

Il y a là une critique sèche, brute, qui vient un peu comme un cheveu sur la soupe. C'est peut-être le questionnaire. C'est en tout cas mal dit.

Paragraphe 6

Son vocabulaire est très pauvre

Même chose.

mais il se montre capable de discerner le vrai du faux, ainsi que le bien du mal.

On a déjà vu cela (§ 8), mais regardons les deux paragraphes homologues, et les différences qui existent entre eux.

"Son vocabulaire est très pauvre" : ce n'est pas la faute de l'enfant, c'est la faute du milieu dont il vient. L'éducateur l'en excuse donc par : "mais il se montre... etc...".

La fille hésite, balance : elle pose une phrase positive : "il fait preuve de bon sens et se montre capable de discerner le vrai du faux", mais tout de suite elle intervient pour démontrer que ce n'est pas vrai.

Le garçon, lui, fait un compliment ; la critique sur la pauvreté du vocabulaire n'étant pas une critique de l'enfant, mais une critique du milieu d'où il vient. C'est classique.

L'éducatrice devient adulte. C'est très intéressant : il y a l'éducatrice et il y a l'adulte, tout se passant comme si, lorsque l'éducatrice intervient pour marquer que c'est faux, elle est l'adulte.

Voyez l'image qu'elle a de l'adulte, la menace de la mère.

L'éducatrice, en tant qu'elle accepterait que l'enfant fabulerait, ne serait pas adulte, elle serait enfant comme lui.

Si l'éducatrice veut être adulte, il faut qu'elle refuse à l'enfant de raconter des histoires. Elle a, comme dit BALINT, une "vocation apostolique", une image de ce qu'il faut être, finalement très autoritaire.

Paragraphe 7

Il est très sociable dans l'équipe.

Cela va avec le contexte.

Son influence sur ses camarades est bonne.

Alors que l'éducatrice oscille, lui complimente.

Il aime la compagnie de l'éducateur,

Alors qu'il ne recherche pas spécialement pour l'éducatrice, la compagnie des adultes (§ 10).

A remarquer d'ailleurs qu'elle écrit "des adultes", ce qui n'est pas étonnant si l'adulte est quelqu'un qui vient dire "ce n'est pas vrai ce que tu dis !" Sûr qu'il n'aime pas.

Elle est à la fois éducatrice et adulte :

- en tant qu'éducatrice, elle tolérerait quelquefois qu'il fabule ;

- en tant qu'adulte, elle n'y parvient pas.

Tandis que lui reste éducateur. Lui le laisse fabuler, alors il vient.

D'ailleurs, il viendrait volontiers vers elle, mais c'est elle qui... On ne pouvait pas dire qu'il recherchait sa compagnie bien que (§ 10)

"il attende avec le sourire, le soir, le moment où on -l'éducatrice- vient lui dire bonsoir et

qu'il soit le premier, le matin, à venir souhaiter le bonjour à son éducatrice".

Cela colle donc.

et dialogue fréquemment avec lui,

Il ne se méfie pas du père, cet enfant, c'est de la mère. C'est du côté de la mère qu'il y a un problème, pas du père.

On a l'impression que, pour l'éducateur tournant, c'est un enfant qui ne fait aucun problème, tandis que pour l'éducatrice cet enfant est un monde. Qu'est-ce que c'est que cela ? Qu'est-ce qu'il a derrière la tête ? C'est tout contradictoire. C'est elle qui est contradictoire.

Alors que, pour l'éducateur tournant, c'est un enfant normal, moyen, comme les autres, qui n'est pas spécialement en relief, qui ne pose pas de questions, assez sympathique, sans histoire.

il se montre même fréquemment confiant, il est franc et docile

Cela correspond au "regard vif et direct" du § 2. L'enfant n'étant pas un problème pour lui, c'est l'éducateur qui est franc et direct avec cet enfant.

(On ne peut pas affirmer à travers ce que dit l'éducatrice titulaire que l'enfant est franc).

mais livré à lui-même et sans surveillance il ne tarde pas à faire des bêtises.

"Faire des bêtises", cela ne va pas très loin. On ne peut pas dire que l'éducateur adore le gosse. Il a besoin de surveillance. On ne peut pas dire que ce soit une vraie critique. Quel est l'enfant qui, livré à lui-même et sans surveillance, ne fait pas de bêtise ? Ce n'est pas anormal.

Paragraphe 8

Il ne parle pratiquement pas de sa famille,

Comme c'est leur rôle, l'éducatrice et l'éducateur lisent l'une et l'autre les lettres de l'enfant, mais elle avec passion, alors que lui n'a pas l'air d'avoir remarqué tellement de choses, puisqu'il dit ensuite :

les rapports avec elle se limite par quelques lettres qui ne semblent pas lui faire plaisirs.

L'éducateur n'est donc pas tellement curieux de ce qu'il y a dans ces lettres. On le voit dire à l'enfant : "tu as reçu une lettre - Bon, très bien ; tu es content, ça va, très bien".

Il n'est pas très motivé :

- peut-être d'une part parce qu'il est éducateur tournant,

- et aussi parce qu'il estime que l'enfant ne pose pas de problème ; c'est franc, c'est direct, moyen. Pas de mystère.

Il n'en allait pas de même tout à l'heure pour l'éducatrice titulaire (§ 12).

Souvenons-nous de son rapport "les lettres de la mère ont un effet catastrophique ("la" mère).

Elles l'entretiennent de ses propres problèmes : argent, maternité, fatigue..." pour terminer par l'admirable "tout y passe" !

RAPPORT DE L'EDUCATRICE SCOLAIRE
ET, A TRAVERS LUI, SON PROPRE COMPORTEMENT
VIS-A-VIS DE FRANCIS.

Paragraphe 1

Au début,

Il faut signaler que ce sont les premiers rapports faits sur l'enfant dans l'établissement. Il est là depuis trois mois environ. Nous devons être environ en décembre, l'enfant étant depuis le 20 septembre dans l'établissement. Cet "au début" signifie évidemment lorsque l'enfant est arrivé.

Francis m'a semblé difficile à prendre.

Ce que veut cette éducatrice, c'est "prendre" l'enfant, en latin captare. Elle a vu tout de suite dans cet enfant un sujet intéressant à prendre, qui valait la peine qu'on essaie de le prendre, et que c'était difficile.

En fait,

Maintenant, elle y voit plus clair.

il est plein de malice,

Cela voudrait être une critique, il est malin, il est malicieux, il est plein de malice, mais finalement elle est très affectueuse, de par le contexte, alors que cela pourrait laisser croire autrement qu'il est méchant.

mais

"mais", le rapport avec l'inverse ; il n'y a pas la palinodie des mais de l'éducatrice titulaire de

groupe. Nous verrons que cela va toujours dans le même sens : des critiques discrètes, puis....

il a de grandes possibilités :

Oh, si l'on voit plus loin, comme il y a de quoi l'aimer ce cher petit !

en captivant

"captare", captiver, prendre à la source. C'est la mère captative, elle veut capter.

son attention pendant de courtes périodes répétées, alternées avec des moments de détente,

Cela a été difficile, mais j'ai trouvé la technique pédagogique. Alors elle fait une leçon de pédagogie pour indiquer qu'elle, au moins, elle sait le prendre, et voici comment il fallait procéder. Il ne s'agit pas de demander de l'attention à ce petit pendant longtemps, mais il faut lui en demander de temps en temps -c'est un truc pédagogique-. Donc en dosant sagement l'attention et la détente, et moi je sais faire, dit-elle,

il se peut qu'il rattrape son retard scolaire.

Non seulement elle dit : je le capte, mais elle fait en plus un pronostic favorable. Nous avons vu dans ce premier §, en un saisissant raccourci de quatre lignes :

- un signe : "difficile à prendre" ;*
- un diagnostic : "il est plein de malice mais il a de grandes possibilités" ;*
- la thérapeutique proposée ;*
- et enfin un pronostic favorable.*

C'est beaucoup plus péremptoire que le rapport de l'éducatrice titulaire de groupe. On sent quelqu'un de beaucoup plus à l'aise. Mais c'est peut-être en face du cas.

Paragraphe 2

C'est un enfant taquin,
qui a une grande vitalité.

"C'est un enfant taquin, MAIS (sous-entendu) qui a une grande vitalité". Cette vitalité l'épanouit, elle. S'il est taquin, ce qui pourrait être chez un autre enfant -ou chez quelque'un qui aimerait moins l'enfant- désagréable, la vitalité l'excuse. Il est taquin, bien sûr, mais quoi de plus normal puisqu'il a une telle vitalité!

Il est serviable,

Compliment.

et c'est lui qui a pris

Un fait : "qui a pris".

tout de suite en charge
les "nouveaux" de la
classe.

Ou il était lui-même un "nouveau". C'est un meneur, mais voyez comme il est gentil. Voyez comme il se comporte en digne délégué de la classe. L'éducatrice, c'est son fils chéri, son fils préféré, son fils aîné (exactement cela du point de vue psychanalytique), le fils aîné qui prend en charge les cadets.

Il semble avoir beaucoup d'assurance ;

En a-t-il ou n'en a-t-il pas ? Voilà une question, genre questionnaire. Allez donc répondre à cela. Cela évoque des choses. Cela pourrait être une critique : "il cherche à se faire remarquer et il emploie tous les moyens pour attirer l'attention" (§ 9) disait en substance l'éducatrice titulaire de groupe. Il a trop d'assurance.

Sous-entendu : "Oh, je sais bien, l'éducatrice de groupe pense qu'il est présomptueux, qu'il veut se faire remarquer. Il a l'air d'avoir beaucoup d'assurance comme s'il n'avait besoin de personne".

Et alors va apparaître un MAIS, un mais complémentaire indirect :

cependant il lui arrive
d'être déprimée ;

Vous croyez que c'est un orgueilleux ! Et pourtant, le pauvre petit chou, il se déprime. Vous le trouvez

prétentieux ; vous le trouvez toujours porté à se faire valoir : n'avez-vous donc pas vu à quel point il est triste ? Cet homme orgueilleux qui a l'air d'être un seigneur, regardez comme il s'effondre, comme il a besoin à ce moment-là qu'on l'aide...

C'est un conflit de deux femmes.

La femme qui aime bien que quelqu'un soit supérieur, mais qui aime bien, en même temps, qu'à d'autres moments il se comporte comme un enfant. Ce qui fait que tout est compliment, là.

Voyons donc comment cela joue :

- d'aucuns diraient qu'il est orgueilleux, ce qui serait un défaut ;

- Je dirais moi qu'il a de l'assurance, il semble en avoir ;

- Et si vous trouvez que c'est encore un défaut que d'avoir de l'assurance, moi je vous dirais : regardez donc ses moments de dépression.

il s'isole alors pendant des heures entières.

Alors que l'éducatrice de groupe était en colère parce que l'enfant restait muet à ces moments-là, l'éducatrice scolaire, elle, dit : c'est qu'il est déprimé, c'est qu'il aime mieux être seul. Voyez tout de suite le tableau valorisé...

On se souvient pourtant de l'ambivalence mise en lumière par le "il ne recherche pas spécialement la compagnie des adultes" du § 10 du rapport de l'éducatrice de groupe.

Ici, effectivement, l'enfant déprimé s'isole alors pendant des heures entières. Et l'éducatrice scolaire de dire : comme c'est beau !

L'éducatrice scolaire dit : l'enfant est "déprimé", alors que l'éducatrice de groupe parlait de ses "mauvais jours". Les mauvais jours, cela pourrait

évoquer pour elle le cycle de la femme ; cela veut dire dans tous les cas, pour un enfant, qu'il est méchant dans ces moments-là, qu'il a des moments de méchanceté.

L'éducatrice scolaire dit : "il est déprimé". Elle ne parle pas de "mauvais jours", ou alors ce sont les jours où il est triste, où il est malheureux. Nous sommes tout de suite dans un autre climat.

Nous avons donc un portrait de l'enfant manifestement valorisé. Sous-entendu d'ailleurs, quand elle réussit : c'est grâce à moi, grâce à la manière que j'ai eue de le prendre.

Rappelons-nous que, pour l'éducateur tournant de groupe, l'enfant ne semblait poser aucun problème particulier.

Paragraphe 3

Il répond souvent avec violence, d'une voix forte et avec incorrection.

Critique.

Mais cela semble involontaire : il n'est pas éduqué.

Ce n'est pas de sa faute. Ces éléments négatifs, la violence, l'incorrection sont de la faute de ses parents.

Sur le plan de l'instruction, l'enfant n'en a pas. Au plan de l'éducation, pas davantage. Attendez seulement, dit-elle, que je le prenne en mains, et que je remplace sa mère, moi, et vous allez voir comme tout va changer ("il se peut qu'il rattrape son retard scolaire", § 1 du même rapport).

Paragraphe 4

Il se laisse entraîner
par l'ambiance générale :

Effectivement, il n'a pas beaucoup d'initiative, excuse-t-elle. Ce n'est pas tellement un défaut que de se laisser entraîner par l'ambiance générale. Cela prouve qu'on est bien intégré, qu'on est bien à l'intérieur du groupe.

si la discipline est
ferme,

et vous pouvez être assuré qu'il en est ainsi dans ma classe, dit-elle,

il fait de son mieux,
c'est-à-dire qu'il tra-
vaille, quoique lentement
et après de nombreux
encouragements ;

Alors, là, petite leçon faite aux autres : il faut l'encourager et, moi, je l'encourage. Vous feriez aussi bien d'en faire autant.

si Richard Benoist et
quelques autres réveil-
lent une ère de révolte
et d'espiègleries, il s'y
met et connaît quantité
de "trucs".

Ce qui se passe, dit l'éducatrice, c'est que si vous le trouvez révolté et espiègle notre Francis, cherchez donc le coupable : il y a soit ses parents -qui n'ont pas fait ce qu'il fallait- soit qu'il se laisse entraîner par l'un de ses camarades, et elle le désigne nommément. Ce n'est jamais sa faute à lui.

Il aurait été intéressant de pouvoir connaître le rapport fait par cette même éducatrice scolaire sur le dénommé Richard Benoist.

Paragraphe 5

Il ne parle jamais de
son père ,

Cela ne veut pas dire qu'il ne l'aime pas.

sinon pour signaler qu'il
gagne actuellement le
seul argent rentrant à la
maison.

C'est gentil pour le père et cela explique que le gosse soit peut-être neutre pour l'éducateur.

Il doit aimer sa mère,

"Il doit" : elle n'en a pas de preuves. Il est probable qu'il aime sa mère. Sans doute l'aime-

t-il. Après tout, il est normal qu'il aime sa mère. J'en suis bien contente.

mais semble lui en vouloir de ne pas s'occuper de lui davantage.

Nous retrouvons le même thème qu'avec l'éducatrice de groupe (en particulier § 12 et 13).

Mais l'éducatrice scolaire dit : je vais la remplacer, moi.

La différence entre les deux éducatrices, c'est que l'éducatrice de groupe a senti qu'il y avait une place à prendre -la place de la mère- mais elle a peur de ne pas la prendre, alors que l'éducatrice scolaire l'a prise, elle, d'auto-rité, l'a captée.

L'image de la mère : il doit bien l'aimer, bon, d'accord. Mais il semble lui en vouloir de ne pas s'occuper de lui davantage. Sous-entendu : elle ne s'occupe pas de lui, et comme elle ne s'occupe pas de lui, je suis fondée, moi, à m'en occuper.

L'éducatrice scolaire se déculpabilise de prendre le rôle de la mère en constatant que la mère se disqualifie. J'ai le droit de m'occuper de l'enfant puisque la mère, de fait, ne s'en occupe pas et même -à la limite- j'en ai même le devoir.

Il est bien comme tous les enfants de son âge :

Peut-être bien comme les miens, d'ailleurs (si elle en a).

sa mère lui a écrit qu'elle ne lui enverrait rien pour Noël,

Voyez à quel point elle est disqualifiée, et l'éducatrice en profite pour glisser cela dans le rapport. Cela y restera.

il comprend bien toutes les raisons qu'elle lui donne, mais les accepte mal.

Résultat :

- 1) il est comme tous les enfants de son âge,*
- 2) il a besoin d'une mère,*
- 3) mais il n'y en a pas : la place est libre.*

Paragraphe 6

Pendant un mois, il a tâché d'attirer mon attention

en disant des bêtises et en ricanant avec ses camarades.

Au début, je le punissais

et ensuite il s'opposait à tout ce que je pouvais lui demander. Puis, je ne m'en suis plus occupé.

Et maintenant, il vient

Elle était toute contente, mais il utilisait un mauvais moyen.

Il a tâché d'attirer mon attention en disant des bêtises et en ricanant avec ses camarades : cela ressemble à la fille amoureuse d'un garçon. Le garçon se fiche d'elle. Elle dit : il cherche à attirer mon attention en se moquant de moi, alors qu'en réalité c'est elle qui est amoureuse de lui. C'est fréquent cela.

Il se fiche de moi, mais il s'occupe de moi. Il est maladroit dans ses manifestation. Voyez, elle dit : il était amoureux de moi, mais il était maladroit dans ses manifestations. Forcément, il était inéduqué...

Finalement, elle interprète les bêtises qu'il faisait au début et ses ricannements comme des preuves d'amour. Ce qui est quand même très passionnel ; ce n'est pas forcément vrai.

J'avais une réaction idiote...

Elle est en train de raconter l'histoire de son propre amour. C'est une confession. Elle se trompait.

Alors, là, elle est entrée elle-même dans une période de bouderie amoureuse. La réaction agressive à l'agressivité n'ayant pas marché, elle essaie maintenant une deuxième attitude, la bouderie : "je ne m'en suis plus occupée". C'est du Marivaux ; elle fait du marivaudage. Et c'est cela qui a réussi. On pourrait écrire une pièce de théâtre.

Ce qui fait que lorsque, brusquement, il cesse

m'embrasser très affectueusement le matin, en me promettant de s'appliquer, ce qu'il oublie souvent dans la journée, mais quelques rappels à l'ordre suffisent à le relancer.

de s'appliquer, c'est l'occasion pour elle de revenir à la charge.

C'est le marivaux d'une femme possessive, qui commence par interpréter comme un signe d'amour des attitudes agressives. Qui répond par une agressivité. Après quoi, comme cela ne marche pas, elle boude et, comme par hasard, elle constate que...

C'est très étonnant cela.

Le "mais" veut dire que : non seulement ce n'est pas grave qu'il oublie dans la journée ses promesses du matin, mais cela me donne l'occasion d'aller vers lui...

Il perd patience si une activité se prolonge. On voit sa fatigue et sa nervosité en fin de journée, le 22 octobre, il n'a rien fait de 4 h 1/2 à 5 h 1/2 et a prétendu pour s'excuser, qu'il n'aimait pas la géographie.

C'est extraordinaire. Se rappeler dans un rapport qu'à une date précise, à une heure donnée, un enfant a fait telle chose déterminée. C'est la passion amoureuse : "te souviens-tu" il y a trois ans à huit heures du soir, tu m'as dit ceci..."

Imaginez le délire amoureux. Il lui a fait une infidélité. Pendant une heure, il a été distrait. Et il a prétendu (c'est lui qui s'est excusé, il lui a fait la remarque) ce n'était pas vrai donc : en fait, il ne l'aimait plus et il n'a pas voulu le dire. Il s'est excusé en "prétendant" (prétexte) "qu'il n'aimait pas la géographie".

Nous reconnaissons qu'il est parfaitement légitime de ne pas aimer la géographie, et nous ne voyons pas pourquoi...

Elle lui a reproché cette infidélité, et il a trouvé une mauvaise excuse.

Ce paragraphe est d'un marivaux passionnel, absolument extraordinaire.

Paragraphe 7

En réalité, il connaît bien *Sous-entendu, il était vierge, il ne savait rien.*
peu de chose à part la *Preuve de sa virginité : je l'ai défloré.*
pêche aux écrevisses et
le parc de Blossac à
Poitiers.

L'histoire, les sciences
et la géographie ne l'in-
téressent pas de prime
abord : il faut lui en
montrer l'utilité.

*"De prime abord" : elle arrive à lui montrer
l'utilité de la chose. Ce n'est pas que cela
l'intéresse à priori de se faire violer. Sous-
entendu donc : lorsque moi, je lui montre
l'utilité de l'histoire, des sciences ou de la
géographie, cela marche.*

En calcul,

*Ce paragraphe est le paragraphe sur les ré-
sultats scolaires. Alors là, elle est bien
obligée, à la fin, d'en parler. Mais il y a des
éducatrices qui mettront ça (grand geste) sur
les résultats scolaires et trois lignes de
comportement. Elle, le comportement a tout
mangé. Elle arrive à la fin, il faut tout de
même que...*

il connaît les mécanis-
mes de base, mais raison-
ne rarement un problème,
surtout seul devant son
cahier.

*On retrouve là le besoin constant de la mère
d'être à côté (et non pas ce besoin constant
de l'enfant d'avoir sa mère à ses côtés). Ce
que cela veut dire, c'est que tout seul il ne
peut rien faire, mais avec moi... Donc il a
besoin de moi. Ce n'est pas tellement l'enfant.
Voyez, quand vous dites que l'on retrouve son
besoin d'avoir sa mère à ses côtés, on voit
surtout que la mère justifie le fait qu'elle
est toujours près de lui.*

En orthographe, il fait
quantité de fautes,
même dans les dictées
préparées, mais il y a
là, je suppose, beau-

*Elle excuse toujours : c'est un bon petit.
Evidemment il fait des fautes. Mais n'oubliez
pas que, § 1, "en captivant son attention", on
obtient tout.*

coup d'inattention.

Donc, s'il fait des fautes d'orthographe, c'est par inattention. C'est donc que moi, la mère, je n'ai pas assez fait attention à lui.

Il sait très peu de vocabulaire.

C'est encore à la charge de l'autre mère. Si elle l'avait eu, il aurait beaucoup de vocabulaire, s'il avait été son fils depuis le début.

Il ne lis pas bien et oublie la ponctuation ; il confond les lettres P, Q, G ; parce qu'il se précipite.

C'est une justification immédiate du gosse, une excuse, toujours des excuses.

Il apprend lentement ses récitations parce qu'il est tête en l'air,

Là, elle critique tout de même.

et invente quand il ne sait pas.

"Quand il ne sait pas" : en fin de compte cette fabulation devient une preuve de bonne volonté. Pour combler les vides, il invente. Finalement, c'est si gentil. Il veut toujours réciter, il veut toujours me faire plaisir, même quand il ne sait pas. Alors forcément, que voulez-vous qu'il fasse le pauvre ! Il invente.

Paragraphe 8

En somme,

Conclusion.

il travaille lentement et il est lent à réaliser les questions posées ;

L'enfant n'a pas l'air d'être un aigle, mais elle fait tout passer sur le compte de la lenteur. Alors, irréductiblement, elle ne veut pas reconnaître qu'il est débile, elle l'aime trop, alors elle met cela sur le compte de la lenteur. Réfléchissez à la notion de lenteur, telle qu'elle existe culturellement. Quelqu'un qui est lent, ce n'est pas quelqu'un qui n'est pas intelligent. La lenteur apparaît dans le grand public comme un trait de caractère qui n'est pas un défaut.

Quelqu'un qui ne réussit pas à faire ses devoirs, et bien il est lent, ce n'est pas qu'il n'est pas intelligent. Question de rythme : "il est lent". S'il avait deux heures de plus, il réussirait beaucoup mieux que les autres. C'est toujours une excuse, la lenteur, on ne la voit jamais comme un défaut. Ce n'est pas une qualité, mais ce n'est pas un défaut. C'est un trait de caractère, c'est comme cela.

Beaucoup de parents à qui l'on dirait : votre enfant n'est pas intelligent, répondraient : ah, ce n'est pas cela, c'est qu'il est lent, c'est qu'on lui demande toujours sa copie avant qu'il ait fini. Si on lui laissait plus de temps, vous verriez, il ferait aussi bien que les autres. Et même, c'est plus sûr, plus prudent, plus sage. "Chi va piano, va sano". La lenteur finit par être un compliment.

Il est lent à réaliser, mais il réalise. Seulement, si vous n'êtes pas patient avec lui, vous allez croire qu'il ne comprend pas. Leçon faite aux autres, soyez patients ! Une mère est patiente. Voyez comme elle tourne tout en compliment.

il veut cependant répondre vite et se trompe

Voyez aussi comme elle veut à tout prix imposer l'idée que ce n'est qu'une question de vitesse, et non pas de débilité chez l'enfant : aux deux mots "lentement" et "lent" écrits presque l'un après l'autre, succède celui de "vite". Tenez, voulez-vous une preuve que c'est sa lenteur qui est la cause de son manque de réussite scolaire ? Et bien, dès qu'il veut se hâter, dès qu'il va vite -sous-entendu pour me faire plaisir à moi- il se trompe.

Il a de la bonne volonté, il veut répondre vite. Il ne sait pas attendre lui-même.

mais se reprend en souriant de son étourderie.

Sa lenteur scolaire contraste avec la vivacité de son regard et de ses répliques.

Voyez le gosse parfait. Evidemment, il répond trop vite ; il répond tout de suite pour me faire plaisir et, quand il voit que cela ne va pas, alors il s'excuse, le charmant chérubin.

Bien sûr qu'il est lent, c'est vrai qu'il est lent, mais regardez quel enfant vif il est tout de même !

Il y a une espèce de contradiction : c'est un enfant qui est lent -ce qui n'est pas un défaut- et qui est vif. Alors, au fond il est embarrassé de sa propre vivacité.

Tout compte fait, il est trop intelligent, il a toutes les qualités, une sage lenteur et une grande vivacité. Il ne sait pas trop utiliser tout cela. Il y en a trop, c'est même ce qui l'embarrasse.

La pauvre femme ! C'est le tableau de la mère que l'on pourrait dire phallique en psychanalyse, la mère virile, qui veut posséder, qui veut capter, qui y est parvenue, qui dit à tout le monde : vous, vous n'y arrivez pas, mais moi je sais faire, moi je sais le prendre, moi j'ai compris. Et il est à moi. Il me fait des infidélités, "le 22 octobre, de 4 h 1/2 à 5 h 1/2", etc... mais il est à moi.

L'éducatrice titulaire de groupe sent bien qu'il pourrait être à elle, quoi qu'il soit à l'autre. Ce n'est pas dans le même cadre temporel, ce n'est pas au même moment de la journée. Mais elle n'ose pas assumer ce rôle de mère. Peut-être parce qu'elle n'ose pas prendre le relais d'une mère par ailleurs disqualifiée. Alors que celle-ci (l'éducatrice scolaire) profite de la disqualification de la vraie mère pour prendre le relais, l'autre n'ose pas ; elle est plus jeune, plus inquiète.

L'éducatrice titulaire est peut-être personnellement moins dominatrice. Il se peut qu'elle soit un peu gênée de ce qu'il pourrait y avoir finalement de sexuel dans les relations mère - fils. Tandis que celle-là, le délire amoureux, elle l'assume pleinement.

Ce qui fait que l'éducatrice titulaire hésite : elle voudrait être la mère et, en même temps, elle ne le veut pas. Elle ne sait pas comment prendre le gosse, alors qu'elle sait. Du coup, le gosse fluctue. Elle se met dans une ambivalence et d'abord à l'égard d'elle-même, ambivalence qui passe dans la relation avec l'enfant et qui apparaît chez l'enfant.

Le problème serait peut-être de captiver son attention.

Cette phrase ne fait qu'affirmer le caractère de leçon pédagogique que nous avons rencontrée plusieurs fois dans ce rapport : voilà ce qu'il faut faire -et sous-entendu, moi, je sais et je le ferai- ; la preuve : "il se peut qu'il ratrape son retard" (§ 1).

C'est également la confirmation du désir de capter, en même temps qu'un cri de victoire, masqué par une espèce de modestie pour le moins inattendue chez cette femme qui se veut pédagogique confirmée.

En conclusion :

L'éducateur tournant, d'une part parce qu'il est un homme, donc sur le plan du père et qu'il y a moins de problèmes avec le père qu'avec la mère, d'autre part parce qu'il est tournant, donc moins impliqué, procède à un relevé - plus neutre apparemment, mais plus pauvre - du comportement de l'enfant.

Il semble que ce dernier soit aux prises essentiellement avec deux éducatrices, qui - l'une et l'autre - sentent que la place de la mère vis-à-vis de l'enfant est à prendre, et qui sont sans doute l'une et l'autre l'objet d'une demande de l'enfant à cet égard. Mais l'une des deux éducatrices refuse ce rôle, par crainte de ne pouvoir l'assumer et parce qu'elle s'effraie du savoir de cet enfant dans un certain domaine qu'elle n'a sans doute pas assumé pour elle-même ; l'autre, au contraire, qui l'a assumé, se précipite dans une attitude de captation de l'enfant.

Il est certain que cette dualité d'attitude des deux éducatrices en face d'un enfant est de nature à favoriser le développement de celui-ci qui :

- dans son éducatrice de groupe découvre quelqu'un semblable à sa mère, c'est-à-dire quelqu'un dont il demande l'affection, mais qui la lui refuse ;

- alors que, en face de l'éducatrice scolaire, il rencontre quelqu'un dont il demande l'affection, et qui la lui donne sans retenue ni mélange.

En somme :

- l'éducatrice titulaire est la mauvaise mère, c'est-à-dire rassemble sur sa tête tout ce qu'il y a de mauvais dans la mère réelle vis-à-vis de l'enfant ;

- l'éducatrice scolaire recouvre tout ce qu'il y a de bon dans la mère réelle pour l'enfant.

Sans doute, l'une et l'autre sont-elles excessives dans leurs attitudes véritables, mais il est possible, et même probable, que l'enfant lui-même bénéficiera de la juxtaposition des deux, et qu'il découvrira un équilibre dans le jeu ou, comme on dit, la dialectique de ces deux images.

Nous pensons que la discussion reste ouverte à propos de la légitimité qu'il y a à placer des enfants de ce type dans des institutions, c'est-à-dire pratiquement les séparer de leurs parents.

En fait, un placement de l'enfant loin du milieu familial ne peut résoudre le problème véritable qui se pose, à savoir le rapport entre l'enfant et ses parents réels. Nous croyons savoir que beaucoup d'éducateurs et de psychologues sont saisis d'angoisse à la perspective que l'enfant, qu'ils ont contribué à "rééduquer", se retrouvera placé un jour au contact de son milieu, du milieu d'origine qui est responsable des troubles, sans qu'aucune action n'ait été exercée parallèlement sur ce milieu.

Toutefois, l'avantage d'une institution est d'offrir à l'enfant un éventail d'images d'éducateurs, c'est-à-dire de substituts parentaux. De sorte que, si une telle institution sait se montrer sensible aux réalités psychologiques et assez souple pour que des transferts de groupe puissent être effectués, c'est-à-dire pour que l'enfant soit successivement placé en fonction d'éducateurs offrant des images différentes, il lui est alors possible d'avoir pour vertu de corriger progressivement telle ou telle image parentale, grâce au recouvrement de ces images par des images d'éducateurs déterminés.

Encore est-il nécessaire que, dans l'institution, chaque éducateur soit lucide quant aux images qu'il offre à l'enfant, et qu'il consente à reconnaître que :

- entre l'enfant d'une part, porteur d'un certain nombre de traumatismes infantiles et de brouillages d'images parentales,

- et l'éducateur d'autre part, lui-même en proie à un certain nombre de problèmes personnels quant à ses propres attitudes pédagogiques,

puisse exister une manière de négociation ou d'aménagement, sous l'autorité éventuelle de psychologues et de psychiatres. Ce qui suppose évidemment que les éducateurs ne soient pas enfermés dans leur "vocation apostolique" (BALINT), c'est-à-dire par leur propre attitude à l'égard de ce que doit être un enfant, et qu'ils consentent à reconnaître que leur propre conception de l'enfant normal, ainsi que doit être le

DE LA RELATION THERAPEUTIQUE

SOMMAIRE
=====

1	-	Préalable	Page 144
2	-	Nature de la demande.....	Page 147
3	-	Attitude du patient pendant le diagnostic.....	Page 154
4	-	Attitude du patient pendant les soins.....	Page 158
5	-	Eléments d'évolution.....	Page 162
6	-	Attitude du praticien	Page 164
7	-	En conclusion	Page 175

Instruit par les démarches de notre recherche, nous croyons maintenant pouvoir sortir du cadre précis dans lequel elle s'est déroulée et amorcer une étude de ce que nous appellerons, selon la formule désormais consacrée, LA RELATION THERAPEUTIQUE. Il est certain qu'un tel projet est extrêmement ambitieux, et nous croyons d'ailleurs que c'est là l'une des directions de recherche les plus fécondes et les plus probables de l'odonto-stomatologie actuelle. Nous ne prétendons aucunement dès lors épuiser la question. Tout au plus souhaitons-nous établir quelques bases et, pour rester autant que possible fidèle à nous-même, de construire ces bases sous la forme d'une fiche ; non pas cette fois-ci d'une fiche parfaitement analytique ou inutilisable, mais d'une fiche concrète, qui n'a pas d'autre ambition que d'amener le praticien à se sensibiliser à certains aspects de la relation. Pour garder à cette fiche un caractère utilisable, et donc souple, on ne devra pas s'étonner de ce que nous la ferons apparaître,

- tantôt, sous la forme rigoureuse de signes distincts et donnant lieu à appréciation précise,

- et tantôt sous celle d'une simple incitation à observer la relation.

PREALABLE

Nous extrayons de notre propre pratique les signes suivants, mises à part la ou les toutes premières consultations, où le poids des habitudes oblige le praticien à être directif, c'est-à-dire aller chercher le patient dans le salon d'attente, le prier de s'asseoir d'abord sur une chaise placée près du bureau et naturellement latéralement, accomplir les classiques formalités d'établissement de sa fiche personnelle, etc...

Dans les séances suivantes, nous ouvrons la porte du cabinet communicant avec le salon d'attente, puis nous allons reconduire par une seconde porte le patient précédent, de manière telle qu'aucun des deux patients ne puisse se voir. Dès lors, plusieurs attitudes sont possibles, qui vont marquer de façon plus ou moins nette la demande de dépendance :

1°) le patient ne répond pas à l'invitation tacitement formulée :

- a - il demeure assis sur son siège
- b - il se lève de son siège, et reste debout devant lui
- c - il va jusqu'au seuil du cabinet mais ne le franchit pas.

2°) le patient répond à l'invitation tacitement formulée ; il entre dans le cabinet et :

- d - il reste debout
- e - il va s'asseoir sur un tout autre siège que le fauteuil
- f - il va s'asseoir sur le fauteuil
- g - il se dirige droit sur le placard contenant les verres, prend son plateau, voire sa serviette, et s'installe confortablement sur le fauteuil.

Les attitudes a - b - c - et d -, qui paraissent dictées par la politesse, semblent en réalité des conduites de plus ou moins grande dépendance.

Plus ambiguë est l'attitude consistant à s'asseoir n'importe où, sauf sur le fauteuil : elle peut relever tout aussi bien d'une gêne, marquant

la dépendance, que d'une affirmation éclatante d'indépendance.

La dernière attitude, qui paraît en surface symboliser une adhésion du patient à la pratique de l'odonto-stomatologiste, nous semble constituer en fait une manifestation délibérée d'indépendance et même de confiscation du praticien par le patient.

Nous avons stimulé chez les enfants cette même conduite parce que nous pensons que l'enfant, de par son âge, est placé en situation fondamentale de dépendance, et que nous désirons précisément aiguillonner son autonomie à travers une conduite ludique et rituelle qui, par ailleurs, peut-être rassurante.

REMARQUE :

Il existe un problème extrêmement important, qui va se poser à tous les moments et à tous les niveaux de l'intervention et de la cure : c'est le problème de la présence d'une tierce personne. On peut banalement dire que la tierce personne est susceptible de servir d'appui ou de soutien pour le patient, à certains moments de l'intervention. En fait, il nous paraît que les phénomènes qui se déroulent alors sont d'une dimension autrement considérable que ce que cette analyse laisserait entendre. notamment lorsque le praticien est un homme et la tierce personne une assistante. Le patient va donc se trouver en face d'un homme en situation d'être le père, et d'une femme en situation d'être la mère, puisqu'il lui sera toujours loisible de chercher auprès d'elle douceur et protection. En fait, le praticien a toute latitude de conduire sa thérapeutique comme il l'entend - et donc de "faire mal" - sans que l'assistante y puisse rien : il détient l'autorité et le pouvoir, elle possède la douceur, mais elle est sans puissance ; le plus souvent d'ailleurs, l'odonto-stomatologiste détourne l'assistante vers des tâches "ménagères".

Nous avons tout lieu de penser qu'il s'agit là, dans une circonstance dramatique, car chargée d'affects, d'une réactivation du complexe d'Oedipe, fort intéressante en soi pour ce qui serait de la connaissance psychologique des patients et même des structures profondes de leur personnalité. Cette situation triangulaire n'a pas forcément une grande vertu thérapeutique et la psychologie contemporaine croit davantage à la valeur d'une réaction duelle. C'est la raison pour laquelle nous ne pensons pas que l'absence d'une assistance, certes gênante sur le plan

NATURE DE LA DEMANDE

A. - I E PATIENT VIENT SEUL

I - Ambivalence de la demande, du moins au plus

- 1) vient au premier rendez-vous fixé
- 2) a soulevé des problèmes importants au niveau de l'horaire (marge de liberté très restreinte, etc...)
- 3) ne vient pas au premier rendez-vous, en le décommandant à la dernière minute
- 4) ne vient pas à son rendez-vous, sans s'être décommandé.

II - Image antérieure del'odonto-stomatologiste

- 1) vient sur recommandation d'un tiers :
 - . très connu (parent, ami, voisin, confrère)
 - . peu connu (fournisseur)
 - . inconnu en tant qu'individu, jamais vu auparavant ; connu seulement par l'étiquette sociale dont il est paré (commerçant, pharmacien, coiffeur, policier)
- 2) vient sans recommandation particulière (ou personnelle)
 - . au simple vu de la plaque
 - . nom trouvé dans l'annuaire
 - . sur titres
- 3) élément irrationnel : la consonnance du nom du praticien
- 4) a choisi délibérément le sexe du praticien :
 - . recherche d'un père
 - . " d'une mère
 - . souci de dominer le praticien
 - . velléité de le séduire

5) éléments socio-professionnels connus du patient :

a - appartenance sociale :

- . niveau social du praticien
- . niveau social des patients habituellement soignés
- . religion
- . politique

b - situation dans la profession :

- . omni-praticien
- . spécialiste exclusif

c - vocation thérapeutique générale particulière :

- . acupuncture
- . homoeopathie
- . naturisme
- . autres

III - Formulation de la demande

Demande implicite et immédiate

1) régularité de la volonté consultante :

- . rigueur
- . autodiscipline
- . caractère obsessionnel
- . scrupules
- . fréquence proposée (angoisse, recherche d'une relation avec autrui)

2) préoccupation esthétique prépondérante :

- . fixée uniquement sur l'appareil bucco-dentaire
- . étendue à la totalité du comportement :
 - habillement
 - bijoux
 - maquillage

3) crainte de vieillir :

- . évocation de la perte des dents :
 - avec résignation
 - sans résignation
- . crainte d'une prothèse totale
- . considérations générales sur le vieillissement

4) préoccupations physio-pathologiques prépondérantes :

- a - thème de la mastication
- b - thème de la mauvaise haleine
- c - thème des gingivorragies
- d - thème des stomatites

N. B. : Les critères suivants sont valables pour chacun des 4 thèmes :

- justifié
- non justifié
- redouté au niveau du contact social
- redouté au niveau personnel :
 - . pour ce qu'il signifie au niveau bucco-dentaire
 - . pour ce qu'il semble signifier pour le patient au niveau de

l'état général

e - thème de la douleur :

- nettement précisée :
 - . lieu
 - . forme
 - . intensité
 - . modalité
 - . fréquence
- imprécise.

IV - Niveau d'élaboration de la demande

1) récit de l'expérience dentaire antérieure :

- . satisfaisante pour le patient
- . apparemment satisfaisante pour le praticien
- . non satisfaisante à première vue pour le praticien
- . non satisfaisante pour le patient :
 - avec récriminations
 - sans récrimination

2) "offre" d'un diagnostic faite au praticien :

- . offre précise
- imprécise
- péremptoire
- hésitante

- . d'un diagnostic vraisemblable
 - fantaisiste
 - grave
 - pas grave
- . présentée avec des termes techniques :
 - employés correctement
 - retenus phonétiquement

3) demande d'une thérapeutique :

- (précise
-)imprécise
- (péremptoire
-)hésitante
- (conservatrice
-)non conservatrice
- (rapide dans le temps
-)lente dans le temps
- (symptomatique
-)curative
- (acceptant la douleur
-)refusant toute douleur
 - . avec nécessité de justification de la part du praticien
 - . sans nécessité de justification

4) amorce d'une relation particulière avec le praticien :

a - tentative d'intimidation :

- (spontanée
-)calculée
- (obstinée
-)discrète
- (avec interprétation et réaction :
 -) - positive
 - (- négative
 - . par la mise en avant d'une position sociale
 - . par l'évocation de relations
 - . par des offres financières
 - . par l'exigence particulière d'une thérapeutique

- . par l'affectation du savoir
- . par des gestes
- . par des mimiques

b - tentative de séduction :

- (spontanée
-)calculée
-)obstinée
- (discrète
- (avec interprétation et réaction :
 -) - positive
 - (- négative

- . par paroles
- . par mimiques
- . par gestes

c - tentative pour définir le praticien autrement que par sa pratique :

- . pour différer l'intervention
- . par besoin de communiquer
- . par logorrhée
- . grâce à :
 - des invitations
 - des discours :
 - (sur la famille
 -)la santé
 - (les opinions du praticien :
 -)politiques, religieuses,
 - (artistiques et autres

d - tentative pour se définir autrement que comme patient :

- . pour différer l'intervention
- . par besoin de communiquer
- . par logorrhée
- . grâce à
 - des invitations
 - des discours :

(sur la famille

)la santé

(les opinions du patient :

)politiques, religieuses,

(artistiques et autres

• probabilité chez le patient d'une prise de conscience d'un rapport entre l'affection qui l'amène et les conditions générales de l'existence

• aucune prise de conscience de cette espèce

e - tonalité générale de la relation demandée :

• de supériorité

• d'égalité

• de dépendance

• purement technique

• fortement personnalisée

• mixte :

- avec alternance

- sans alternance

B .- LE PATIENT NE VIENT PAS SEUL

Nous nous tiendrons essentiellement au problème de l'enfant accompagné.

Le problème ici est de situer la demande :

- chez l'accompagnateur

- chez l'enfant seul

- chez l'un et l'autre.

I - Qui accompagne l'enfant ?

- la mère

- le père

- un grand-parent

- un des collatéraux

- un frère ou une soeur

- un domestique

- un voisin

- quelqu'un d'autre.

II - L'enfant sera-t-il toujours accompagné ou bien a-t-on l'intention de le laisser revenir seul par la suite ?

III - Détermination de la nature des liens affectifs liant l'accompagnateur :

a - s'adresse-t-il :

- . au praticien, en évoquant l'enfant à la troisième personne
- . à l'enfant, en présence du praticien

b - incite-t-il l'enfant à s'adresser par lui-même au praticien

c - dans le cas où l'enfant parle :

- . boit-il ses paroles
- . le laisse-t-il parler
- . l'interrompt-il
 - (pour répondre à sa place
 -)pour rectifier systématiquement ses propos

d - évoque-t-il :

- . le problème immédiat de l'enfant lui-même
- . son devenir proche ou lointain
- . l'incidence sur la famille du problème de l'enfant
- . son problème propre, davantage que celui de l'enfant

e - majore-t-il le trouble dont souffre l'enfant
le minore-t-il

f - se met-il en complicité :

- . avec l'enfant :
 - en défiant le praticien
 - sans le défier
- . avec le praticien :
 - en faisant des promesses à sa place
 - en menaçant l'enfant
 - sans le menacer

g - manifeste-t-il :

- . une espérance de prompt guérison
- . un scepticisme
- . une espérance ambivalente.

N.B. : Ce dernier point ne pourra être assuré qu'en fonction de l'évolution des soins.

ATTITUDE DU PATIENT PENDANT LE DIAGNOSTIC

Malgré les apparences, il semble exclu qu'un diagnostic puisse être émis du haut de la certitude du praticien et assorti décidément de la proposition d'un traitement sans que jamais l'un ou l'autre - et même l'un et l'autre - soient remis en doute. La négociation entre le praticien et son patient continue souvent en effet de manière subtile, quelles que puissent avoir été les paroles précédemment émises, celles paraissant péremptoires comprises.

Quoi qu'il en soit, il y a cependant un moment où le praticien va parler, c'est-à-dire donner sa "parole" (verbum) en tant que praticien, et cet instant est extrêmement important. En effet, le praticien apparaît alors comme le père, qui connaît le présent et peut déterminer un certain avenir ; qui a même la clé de l'avenir de son patient sur un point important de son existence actuelle. Et c'est sans doute dans la réaction du patient à cette parole du père que l'on arrive à saisir des attitudes psychologiques profondes.

Un certain nombre de réactions particulières (1) est d'ailleurs concevable et peut-être observé.

(1). - Nous avons choisi de nous pencher au cours de ce travail sur les troubles de la personnalité, et le lecteur en était averti par le "A propos de. . ." du titre.

C'est pourquoi il ne saurait s'étonner qu'il soit débattu ici de tendances profondes, plus ou moins extériorisées, apparaissant et disparaissant plus ou moins brusquement, marquant plus ou moins intensément la relation praticien-patient.

Certes, la plus grande partie de nos patients est de bonne composition, "sans histoires" sinon sans problèmes, et nous sommes les premiers à nous en réjouir. Il en est de même pour les praticiens.

Mais il est loin d'être exclu que la nature "particulière" de certaines réactions n'apparaisse - et plus souvent qu'on pourrait le croire - et c'est ce que nous avons voulu mettre en évidence.

Première attitude

a) Réaction dramatisée :

- aggravation spontanée du diagnostic et du pronostic :

. sous la forme de questions (c'est grave ?)

. sous la forme d'affirmations plus ou moins généralisantes

(je n'ai pas de chance ! - Décidément, c'est une mauvaise période pour moi !).

- phase de désespoir et inquiétude de l'avenir, notamment sur le plan de l'esthétique (Est-ce que je serai comme avant ? - Que vais-je devenir ?).

b) Réaction personnalisée :

- volonté du patient de se faire reconnaître dans son originalité fondamentale (il n'y a qu'à moi que ça arrive), comme n'ayant jamais été vu (c'est un cas !).

c) Erotisation de la réaction :

- à travers un appel au renforcement de la relation (vous vous occuperez bien de moi, n'est-ce pas ?).

- et non sans séduction (vous n'allez pas se faire mal, à moi ?).

d) Réaction de somatisation, immédiate ou différée :

- rougeur ou pâleur (pouvant aller jusqu'à la syncope)

- moiteurs

- éruptions cutanées ou muqueuses

- céphalées

- vomissements

- dyspnée

- "besoins" pressants

- douleurs lombaires ("barre dans le dos") induisant souvent une agitation sur le fauteuil.

Deuxième attitude

a) Contestation immédiate du diagnostic (vous croyez ?) avec en sous entendu une imputation d'erreur.

b) Généralisation de l'attitude de l'odonto-stomatologiste (vous êtes bien tous les mêmes ! On m'a déjà dit ça ! Ah oui, vous aussi ?).

c) Recherche de responsabilités à l'extérieur, en dehors des siennes propres (du fait des parents, de la famille, de la société, de la civilisation, etc...) :

- alimentation
- émotions
- contrariétés
- mauvais soins médicaux, dentaires.

d) Affirmation de l'incompétence du praticien :

- à la limite par la fuite, le refus total des soins
- par une contestation permanente (confer infra).

e) Sentiment de scandale devant l'affection dont il est l'objet (moi, une chose pareille !).

Troisième attitude (de mise en doute, réflexion et discussion).

- absence de réaction immédiate et silence.
- mise en doute du diagnostic et plus précisément demande de suspension du diagnostic jusqu'à discussion plus approfondie (est-ce que cela ne pourrait pas être autre chose ? ; ou encore : ne pourrait-on concevoir un autre type de prothèse ?).
- proposition d'autres diagnostics, sous forme interro-négative (est-ce que cela ne serait pas... ? ne pensez-vous pas que... ?).
- lorsque le diagnostic est accepté, demande d'explications :
 - . recherche d'étiologie
 - . explication du mécanisme patho-génétique, etc...
- discussion interminable sur le traitement avec les mêmes indécisions, mise en doute, hésitation et remise en question perpétuelle.
- renforcement de la mise en doute par appel à des instances extérieures. Décision subordonnée à :
 - . l'opinion du conjoint, des proches
 - . l'accord préalable d'un organisme (Sécurité sociale,)assurance privée)
 - . en un mot, à tout ce qui est susceptible de retarder la décision avec, le cas échéant, la mise en oeuvre d'une logique imparable (oui mais, si vous me faites ce que vous proposez, êtes-vous bien sûr que cela ne va pas... ?).

En conclusion de cette troisième attitude, nous nous trouvons en face :

- soit d'une acceptation (provisoire)
- soit d'un refus (tout aussi provisoire)
- soit enfin négociation d'un "délai de réflexion".

Quatrième attitude

- une indifférence plus ou moins marquée, le patient n'acceptant ni ne refusant vraiment à aucun moment :

. absence totale de changement d'attitude, avant comme après,

. indifférence à la manière dont le diagnostic est présenté, quelque soient le nombre et les différentes formes de présentation.

ATTITUDE DU PATIENT PENDANT LES SOINS

Le moment du diagnostic est naturellement un moment privilégié pour la réalisation de l'angoisse du patient. En l'espace d'un instant, le patient se voit - consciemment ou inconsciemment - engagé dans une aventure thérapeutique, dont la sanction peut-être incertaine ou bien, si elle certaine, se solder par un dommage fondamental à sa personnalité somatique.

Toutefois, l'angoisse dont le sujet peut faire preuve à ce moment est une angoisse susceptible de s'inscrire dans un contexte de rationalisation psychologique. Elle n'a d'incidence somatique qu'à la faveur d'une conversion.

Au cours du traitement, l'angoisse n'est plus assimilable à celle que l'on éprouve lorsqu'on redoute une mauvaise nouvelle. Elle est bien davantage liée, dans l'expérience odonto-stomatologique banale, à la crainte d'un phénomène précis, qui est la douleur.

Il est de fait que, dans notre culture occidentale, l'odonto-stomatologiste reste encore l'homme qui fait mal. Un certain nombre d'images vulgaires ou banales apparaissent au niveau des archétypes culturels (des modèles de culture comme on dit aujourd'hui) : l' "arracheur de dents" de nos pères est encore essentiellement pour d'aucuns un menteur, en ce sens qu'il dit qu'il ne va pas faire mal, et que le patient est convaincu qu'il aura mal. Nous n'en voulons pour preuve que les "vous ne m'avez pas fait mal ; je n'ai absolument rien senti" qui soulignent souvent nos interventions.

Cependant, au niveau de la réalité, les odonto-stomatologistes modernes disposent d'un certain nombre de techniques qui fondent la légitime conviction que leur pratique est infiniment moins douloureuse

qu'on ne le suppose au niveau de ces modèles culturels spontanés. Au demeurant, un praticien averti et adroit sait à quel instant il risque de faire mal et s'efforce de faire en sorte que cette douleur ne survienne pas. C'est cependant un fait de pratique courante que le patient éprouve à ce moment-là, ou déclare éprouver - ce qui revient au même - une douleur. Il effectue en somme la conduite de la douleur, alors que rien objectivement ne la motive.

A l'époque archaïque de la psychologie, on aurait pu s'étonner de ce fait et mettre le comportement du patient sur le compte d'une douleur imaginaire, en face de laquelle le praticien était fondé à continuer sa pratique, sans se préoccuper outre mesure de la réaction de son patient. La psychologie moderne cependant ne considère plus la douleur comme une sensation élémentaire, signal de l'atteinte d'une fonction physiologique précise. Au niveau du vécu concret, la douleur est sans doute une sensation ; sensation désagréable alors que le plaisir est agréable, et tout aussi subie que lui. Or, on sait aujourd'hui, et notamment depuis les travaux de René LERICHE, que la douleur est moins une sensation qu'une conduite, c'est-à-dire un ensemble de comportements complexes, tous significatifs et comprenant dans leur signification des éléments extrêmement nombreux et subtilement rassemblés. La douleur est une conduite complexe qu'il est difficile de mettre en oeuvre ; et si dans certaines maladies il n'existe pas de douleur, c'est sans doute moins pour des raisons neuro-physiologiques, que parce que le malade est tellement affaibli, qu'il n'est plus en état de faire cette conduite de la douleur.

Dès lors, il se comprend fort bien qu'une certaine réalité au niveau de la dent se combine avec l'attente de la douleur au niveau de l'intégration des modèles de culture, pour constituer une certaine conduite de la douleur sur le fauteuil de l'odonto-stomatologiste. Il entre en tous cas dans le propos de notre thèse de déclarer que l'évitement de la douleur dans le cabinet dentaire ne relève pas simplement de la technique précise et de la manipulation pointilliste du praticien, mais de la création d'un complexe réactionnel à l'intérieur duquel le patient ne se sent plus en situation de devoir faire la conduite de la douleur. Il est probable que les réactions du patient pendant les soins sont interprétables en tant que mécanisme de défense destiné à s'opposer consciemment à la douleur, et inconsciemment

à l'angoisse de la douleur ou bien à une autre angoisse plus profonde, dont celle de la douleur est l'expression. Nous voulons signifier par là que la pratique odonto-stomatologique constitue ou peut paraître constituer une certaine atteinte de la personnalité génératrice d'angoisse, dont l'expression sera la douleur ou la crainte de la douleur. Il est évident que le patient, étendu à mi-chemin de l'horizontale et même, souvent aujourd'hui, allongé sur un fauteuil, la bouche ouverte, recevant dans cette bouche des instruments de forme plus ou moins allongée et munis d'un pouvoir mystérieux, manipulés par un autrui auréolé de puissance et soupçonné de sadisme, constitue une manière de viol ; de viol consenti, certes, et susceptible à tout moment d'être refusé, mais risquant d'induire la relation praticien-patient en une relation sado-masochiste.

°
° °

Nous voici à même d'expliciter davantage les quatre attitudes précédentes, au regard des soins cette fois.

Première attitude :

- Dramatisation de la douleur (n'empêchant d'ailleurs pas l'intervention du praticien) avec :

- . rejet du geste avant même qu'il soit amorcé
- . cris et hurlements, larmes et sanglots.

- Personnalisation de la douleur avec :

- . reproches (c'est vous qui me faites ça !)
- . symbolisation (ah, vous savez, je pense tout le temps à ce que vous me faites)
- . pensées oniriques (j'en rêve la nuit).

- Erotisation de la situation :

- . regards appuyés et implorants
- . recherche de gestes affectueux
- . élans plus ou moins spontanés (1)

(1). - Le même système de défense peut induire l'attitude inverse et nous avons pu constater par nous-même que, pour certains patients, la douleur apparaissait comme nécessaire et, à certains égards, délicate parfois ; au point que le sujet se la donne à lui-même, s'il n'a pas l'occasion de se la voir imposer.

- Virtualité de parcellisation du comportement (Pierre JANET) :
 - . passage subit du rire aux larmes, et inversement
 - . impression d'un vécu sur plusieurs plans, l'un où la douleur est intense, l'autre où elle n'existe pas.

- En général, infantilisation de la réaction :
 - . au niveau verbal : langage régressif, mots-phrases (mal ! pipi) apparemment justifié par la situation de la bouche et de l'appareil vocal

- . gestes régressifs : ouverture et fermeture des mains
- . non contrôle des sphincters
- . retour à l'attitude foetale (mise en boule).

Deuxième attitude :

- . contestation de la légitimité de la douleur
- . affirmation de l'incompétence du praticien
- . regards furieux ou hostiles, toujours soupçonneux, et fixés dans les yeux du praticien
- . refus obstiné d'ouvrir la bouche et attitude de défi.

Troisième attitude

- extrême application et désir de se rendre utile
- refus de se plaindre
- multiplication des gestes accessoires :
 - . demande à se rincer plusieurs fois la bouche
 - . met un temps infini à sortir et à ranger son mouchoir (etc...)
- demande permanente de justification de l'acte en cours (Et maintenant, qu'est-ce qui va se passer ?)
- présence de phobies électives, particulières à la situation, et qui peuvent être résistantes à toute tentative d'en faire apparaître le caractère irrationnel.

Quatrième attitude

- inexistence des dimensions angoisse et douleur
- présence de gestes totalement inattendus et sans rapports avec la situation.

ELEMENTS D'EVOLUTION

Ces éléments ne concernent guère, à notre avis, que l'attitude hystérique, qui est la première que nous avons décrite dans les deux rubriques précédentes.

En effet, aussi bien l'attitude paranoïaque - la seconde - que les attitudes obsessionnelle ou psychotique - les troisième et quatrième - sont marquées par une certaine rigidité. La fermeté des mécanismes de défense dans chacun de ces cas est telle que l'évolution éventuelle de la situation sur le fauteuil, à mesure que le traitement avance, ne détermine pas chez le patient de réactions différentes. On pourrait se demander si la seule vraie névrose ne serait pas l'hystérie.

L'hystérique en effet est porté à dramatiser tout aussi bien la séquence du traitement que la situation ponctuelle dans laquelle nous avons essayé de le saisir jusqu'alors. C'est lui qui sera le plus changeant, qui sera porté à moduler la relation thérapeutique - à laquelle il est particulièrement sensible - d'une manière différente selon les circonstances ; porté en particulier à renforcer cette relation dans un sens affectueux, et en tous cas dans un sens de dépendance infantile, c'est-à-dire qu'il est fondamentalement porté à inscrire la pratique odonto-stomatologique dans la perspective d'un transfert. C'est lui qui va donner le mieux à l'odonto-stomatologiste l'impression qu'il est à bas prix psychothérapeute.

C'est l'hystérique qui consent mal à la clôture d'un traitement, mettant un point final illégitime à ce qui est pour lui l'essentiel, c'est-à-dire la relation ; au besoin, il s'inventera - et parfois réellement au niveau d'une conversion - un trouble psycho-somatique destiné à justifier la

prolongation du traitement (1). C'est également lui qui pose avec le plus d'acuité au praticien le problème classique : comment s'en débarrasser ? tant il est encombrant ; lequel problème devient assez rapidement : à quel confrère l'adresser ?

On peut d'autre part, dans la séquence du traitement, remarquer chez l'hystérique un épuisement de la relation. Si la venue chez l'Odonto-Stomatologiste est pour lui une drogue, il lui est nécessaire que l'administration de la drogue se fasse à intervalles de plus en plus rapprochés. Le praticien joue le rôle de "remonteur de pendules" (P. JANET), mais il faut remonter cette pendule de plus en plus fréquemment. L'identification d'une telle conduite, c'est-à-dire d'une part de la volonté de renforcer la relation, d'autre part du souci d'inscrire la relation sur un mode fantasmatique, qui conduit à des visites de plus en plus fréquentes, de plus en plus affectueuses, auxquelles il est très difficile de résister, signale tout compte fait plus explicitement la présence d'une personnalité hystérique. Ceci tout au moins pour le cas où le praticien a, sans le savoir, cédé à la demande implicite formulée par un tel patient.

(1). - La tendance obsessionnelle est signée quant à elle par une application dans le retour périodique et rituel chez l'odonto-stomatologiste pour un examen systématique et justifié par aucun fondement.

L'ATTITUDE DU PRATICIEN

Nous avons essayé de déterminer tout à l'heure avec toutes les apparences de la certitude des signes permettant de définir chez le patient une tendance névrotique, voire une névrose avec, à la limite, une incursion dans le domaine de la psychose.

Il s'agit maintenant de parler de l'attitude de l'odonto-stomatologiste au fauteuil, et nous ne pouvons aborder cette étude sans faire intervenir la personnalité de celui-ci, tant il est vrai en effet que chaque praticien a sa personnalité, et que cette personnalité a de fortes chances d'être névrotique.

Sans doute pourrait-on rêver d'une structuration de la personnalité qui ne mette en oeuvre aucun mécanisme de défense, ou du moins aucun mécanisme de défense qui soit inadapté. Un tel rêve n'est pas susceptible de réalisation. Ne mettre en oeuvre aucun mécanisme de défense signifierait qu'on n'éprouve aucune angoisse, ce qui reviendrait à n'être point homme. D'autre part, avoir une personnalité c'est, comme on l'a dit souvent, l'avoir mauvaise, c'est-à-dire offrir aux stimulations du monde extérieur des types de réaction qui ont sans doute une racine très ancienne et se situant probablement au niveau de la résolution du complexe d'Oedipe. L'être qui serait totalement et absolument adapté, c'est-à-dire qui réagirait aux circonstances selon elles et non selon lui, qui offrirait un visage modulé selon les stimulations extérieures, dont on conviendrait qu'il n'a aucun caractère, cet être n'existe pas. Ou bien, plus probablement, c'est un psychotique, ne vivant qu'à l'extérieur de lui-même, accomplissant banalement et sans paraître les remarquer les tâches quotidiennes de l'existence, répondant à ce qui lui est demandé sans introduire le moindre élément personnel. Dans notre civilisation occidentale, cet être là serait sans doute un malade. Plus exactement, il se comporterait de la même manière que ceux désignés comme des primitifs, sans doute parce-que

leur phase orale est extrêmement longue et qu'ils ne vivent le conflit que très tardivement et, pour tout dire, accessoirement. A notre niveau de culture, il n'existe pas de personnalité sans conflit, tout comme il n'en est pas qui ne mette en oeuvre maladroitement un certain nombre de mécanismes de défense. Il n'existe donc pas de personnalité sans névrose.

Le problème des relations humaines dans notre civilisation occidentale nous paraît pouvoir être affirmé en termes de confrontations ou d'affirmations de névroses. La situation thérapeutique est évidemment de celles où cet affrontement apparaît le plus explicitement (1).

A ce que nous évoquions précédemment de la nécessité d'une formation psychologique pour les futurs praticiens, s'ajoute l'urgence d'une lucidité aussi complète que possible à l'égard de ses propres implications personnelles. Il ne s'agit pas de supprimer ce type de réaction au nom d'un idéal thérapeutique. Au surplus, ces réactions sont inévitables. L'essentiel est de les reconnaître et, le cas échéant, de les analyser, afin de mieux servir la relation avec la patient, et de l'inscrire dans un climat de meilleure efficacité.

Il reste que - et encore que le travail que nous présentons exclue qu'il existe une loi psychologique - il est possible d'évoquer certaines attitudes de l'odonto-stomatologiste permettant, semble-t-il, de résoudre au mieux, et au moins statistiquement, un certain nombre de problèmes que les attitudes du patient précédemment décrites peuvent conduire à poser. Nous ne prétendons pas donner des conseils aux praticiens en mal d'intervention vis-à-vis d'un hystérique, ou d'un paranoïaque, ou d'un obsessionnel, voire d'un psychotique. Peut-être cependant pourrions-nous essayer d'aller au-delà d'une attitude simplement négative qui se bornerait à signaler les erreurs à éviter.

(1). - L'une des conséquences pourrait être un sujet de recherche très intéressant, consistant à se demander quelle est la névrose profonde qui établit une vocation d'odonto-stomatologiste.

1°) En face de l'hystérique

Le problème se pose évidemment de savoir s'il faut aller dans le sens de l'hystérique au contraire, "le contrarier".

La réponse à cette question relève, au premier chef, de la personnalité du praticien :

- tel pourra tolérer l'hystérique et adopter à son égard une attitude qui se voudrait neutre, c'est-à-dire standard ;
- tel autre ne le tolérera pas (1).

En dépit de ces réserves et si l'on accepte la thèse traditionnelle selon laquelle la personnalité de l'hystérique est virtuellement morcelée - ou plus exactement selon laquelle un aspect de la personnalité de l'hystérique a vocation pour devenir autonome - il est évident que des pratiques de l'ordre de la suggestion, au besoin verbale, peuvent être mises en oeuvre. Un discours autonomisant tel intérêt de l'hystérique, captant une partie de son attention, détournant celle-ci de l'évocation de la douleur ou de la conscience de celle-ci - "l'anesthésie verbale" en un mot - est au premier chef susceptible de réussir.

Ce projet nous paraît prudent. Tout autre que celui-ci - qui consisterait par exemple à adhérer à la dramatisation, à la personnalisation, à l'érotisation de l'hystérique - répondrait sans doute à une certaine demande, résoudrait dans l'immédiat un certain nombre de problèmes pratiques, mais créerait une situation dans la suite de laquelle des problèmes graves pourraient apparaître, éventuellement extra-professionnels, si l'on ne sait pas les maîtriser.

L'attitude d'adhésion en tous cas à la demande propre de l'hystérique d'instruire une relation particulière reviendrait à incliner le praticien odonto-stomatologiste vers une attitude de psychothérapeute - et nous avons dit assez clairement quelle était notre position sur ce sujet -, à supposer que l'attitude du psychothérapeute consiste dans une telle acceptation. Elle nécessiterait alors une parfaite maîtrise de soi, c'est-à-dire une capacité d'analyse de ses propres réactions qui, si elle était

(1). - Il en va de même pour le paranofaque, et nous croyons savoir que c'est surtout vis-à-vis de lui qu'un tel problème se pose, la tolérance à l'égard du paranofaque étant la chose du monde la moins partagée.

vraiment assumée, conduirait à ne pas accepter la demande telle qu'elle est formulée.

2°) A l'égard du paranoïaque

Le problème ici nous paraît être différent. La personnalité paranoïaque est sans doute, de toutes les personnalités normales ou psychopathiques, la plus intolérable, celle qui déclenche le plus volontiers l'agressivité de l'interlocuteur. Nous croyons que peu de psychologues compétents sont à l'abri de telles réactions d'hostilité à l'égard de paranoïaques. Et cependant, ces réactions d'agressivité justifient précisément l'attitude du paranoïaque en contribuant à l'installer dans sa paranoïa.

En toute occurrence et par voie de conséquence, l'attitude tout à la fois la plus prudente, la plus cohérente et sans doute la plus efficace en face d'un patient dont le comportement permet d'indiquer qu'il est sur le versant de la paranoïa, est essentiellement le silence. S'il est vrai en effet que la paranoïa est fondée sur un délire d'interprétation, toute parole prononcée par le praticien est matière à interprétation, sans qu'on puisse prévoir quel est le mécanisme qui permettra justement cette interprétation.

Silence absolu donc, et même aucune autre expression de l'odontostomatologiste (le regard par exemple). L'image la plus inattaquable du praticien en face d'un paranoïaque est illustrée par celle d'une machine à soigner, d'un robot dépersonnalisé.

3°) En ce qui concerne l'obsessionnel

Le problème est subtil, en ce sens que, si la demande particulière du névrosé obsessionnel - demande d'explication, de perfection, etc... - est névrotique, elle se trouve néanmoins en accord avec un certain nombre de valeurs courantes dans le monde occidental, en particulier par exemple des valeurs scolaires et intellectuelles. Refuser à l'obsessionnel l'explication, l'élément de compréhension, reviendrait à se situer en dehors des normes de ce monde et n'est donc pas concevable. Cependant on ne doit pas se dissimuler que la volonté de comprendre, de rationaliser, est utilisée par l'obsessionnel pour reculer la décision.

Dès lors, c'est ici que l'attitude du praticien doit être très exactement, très précisément et très finement modulée, en particulier avec des enfants qui seraient de ce type (1). Un dosage extrêmement subtil nous semble donc devoir être introduit par le praticien entre :

- la réponse à la demande de rationalisation, c'est-à-dire un discours sur ce qui se passe, sur les raisons pour lesquelles il pratique telle ou telle intervention,

- et la présence d'une décision qui s'impose cependant à certains moments au patient, que ce dernier acceptera d'ailleurs en tant qu'il sait fort bien ne pas être capable de se la donner à lui-même, poussé par sa névrose à laisser le praticien la prendre pour lui.

C'est l'un des points où l'attitude de l'odonto-stomatologiste sera différente de l'attitude du psychologue. Il est en effet facile à un psychologue de décider pour un obsessionnel ; c'est d'ailleurs ce que ce dernier est venu lui demander. Mais il est bien certain que, sur un plan psychologique ou de conduite, cette satisfaction à lui donner l'enfoncé davantage dans son infantilisme. La situation d'un obsessionnel sur notre fauteuil est évidemment et sensiblement différente, puisque le problème de l'urgence des soins et de la légitimité de ceux-ci peut-être mis entre parenthèses : c'est au praticien d'en décider. Il apparaît donc que le praticien est habilité dans ce cas à consentir à imposer sa volonté à celle d'un patient, et même contre la délibération de celui-ci. Il peut fort bien obliger un patient à clore une suite de palabres, par définition interminables et destinés à ne déboucher sur aucune conclusion constructive, dans l'intention bien arrêtée de préserver un appareil bucco-dentaire dont il ne fait aucun doute qu'il apparaisse comme nécessaire à l'existence du patient, névrosé ou pas.

4°) En ce qui concerne la schizophrène

Il n'est évidemment pas possible à un odonto-stomatologiste, même informé de problèmes psychologiques, d'intervenir sur une personnalité de ce genre, du point de vue de la communication s'entend.

(1). - et avec les enfants en général, parce qu'ils sont scolarisés, et que l'école pousse à la névrose obsessionnelle. Le prix d'excellence chronique, c'est le plus souvent un obsessionnel.

C'est ici le problème du diagnostic, c'est-à-dire la reconnaissance de la personnalité schizophrénique, qui est en cause. Il n'est pas inconcevable que l'odonto-stomatologiste, en ce qu'il mobilise des fantasmes fondamentalement archaïques au niveau de la dent ainsi qu'au niveau de l'agressivité de la dent contre le sein de la mère, soit à même d'inciter un schizophrène à s'éveiller en quelque sorte à la réalité, fut-ce à travers la douleur. Mais nous pensons que son action n'ira jamais au-delà de l'incitation à consulter un spécialiste, psychiatre ou psychologue.

De même que la situation du psychotique sur le fauteuil, en tant qu'elle réveille des fantasmes archaïques, est de nature à favoriser une volonté de changement, elle peut aller jusqu'à favoriser l'explosion d'une crise aiguë. Nous dirons sans ambages que l'existence éventuelle d'une telle crise aiguë en pareille circonstance peut fournir à l'odonto-stomatologiste l'occasion de l'appel au spécialiste et de court-circuiter ainsi l'évolution du psychotique, forcément lente et aléatoire.

°
° °

Tout ce qui précède n'implique pas pour autant que nous devions accéder au désir de ceux de nos confrères qui, portés par la vogue de la psychologie, verraient volontiers l'odonto-stomatologiste se transformer en psychothérapeute.

Ne devient pas psychothérapeute qui veut. En l'état actuel de la pratique coutumière, l'homme qui prétend être psychanalyste doit d'abord subir avec un psychanalyste didacticien une analyse personnelle qui peut durer un certain nombre d'années. Il participe ensuite à des séminaires théoriques. Il fait contrôler son analyse personnelle et devient à ce moment membre stagiaire d'une société de psychanalyse. Il peut commencer des analyses, mais sous contrôle. C'est seulement lorsque ces contrôles ont donné satisfaction qu'il devient membre titulaire de cette société et qu'il peut exercer la psychanalyse. Un odonto-stomatologiste peut parfaitement suivre ce cursus, c'est certain, comme peuvent le suivre un médecin, un psychologue, un éducateur, etc..., mais la logique même

de la psychanalyse veut que, devenu psychanalyste, il cesse d'être odonto-stomatologiste ; à moins de mener de front pour un temps, s'il le peut, son activité d'odonto-stomatologiste et son activité de psychanalyste, mais assurément pas sur les mêmes patients, et pas davantage dans les mêmes locaux. Il serait même bon que l'analysé ignore que son analyste a été odonto-stomatologiste. Cette éventualité dans le destin d'un odonto-stomatologiste n'est pas à envisager dans ce travail.

On peut aller plus loin et mettre en doute le bien fondé pour un odonto-stomatologiste à se dire, sans formation, psychologue ou psychothérapeute. Il existe des formes de psychothérapie non analytique :

- psychothérapie en face à face,
- psychothérapie par l'expression,
- psychothérapie de soutien,
- psychothérapie de direction, ces deux dernières

formes étant fort discutables au demeurant, ainsi que nous l'allons voir.

L'erreur serait de croire que n'importe qui peut-être psychologue en ce sens, et nous nous permettons de signaler que l'acception du terme de psychologue nous paraît aujourd'hui fort différente, à un niveau technique, de ce qu'elle était naguère. Autrefois en effet, tout homme pouvait se dire psychologue, et le psychologue de profession pouvait apparaître comme simplement plus habile ou plus habitué à manier cette capacité banale. Aujourd'hui, il nous a bien semblé que le psychologue de métier n'est pas le psychologue vulgaire, en plus doué, mais en un sens le contraire de ce psychologue. L'homme quelconque demande au psychologue de le comprendre et de l'aider, c'est-à-dire d'avoir de la lucidité et du vouloir à sa place. Il demande de l'aide et du conseil parce-que, tel un enfant, il ne peut découvrir seul les moyens de son adaptation. Les "psychologues" de la radio et de la télévision répondent à cette demande. Le véritable psychologue quant à lui sait qu'il ne doit ni aider, ni conseiller, à moins bien sûr qu'il ne se réfère à la psychothérapie de direction, laquelle nous semble aujourd'hui bien archaïque. Cette attitude de refus bienveillant, de résistance à la sollicitation immédiate de l'autre, suppose une formation personnelle, analytique ou non, en tous cas difficile. Elle suppose aussi un savoir psychologique qui ne peut être improvisé. Nous nous permettons de signaler qu'actuellement la durée des

études universitaires qui permettent à un homme de se dire à bon droit psychologue est de six ans. On peut dès lors s'inquiéter de voir la vague psychologique inciter n'importe qui à se dire psychologue dans des directions à la vérité non précisées.

Nous n'entendons donc pas, par ce travail, inciter les odonto-stomatologues à se transformer en psychologues, et encore moins en psychothérapeutes ; mais nous croyons simplement qu'apparaissent dans le cabinet dentaire un certain nombre de phénomènes psychologiques et que se mobilisent des affects. Nous voudrions que ces phénomènes soient reconnus et même utilisés dans une direction parfaitement déterminée qui est celle d'un perfectionnement de l'intervention odonto-stomatologique. Nous souhaitons en somme utiliser la psychologie pour une fin qui n'est pas la sienne et qui risque même d'en gauchir la véritable signification. Car enfin, il faut bien que l'odonto-stomatologue soutienne, rassure, dirige, oblige à contrôler l'affect. Il est bien davantage sur le plan du psychologue banal que sur celui du psychothérapeute moderne même si, le cas échéant, il peut conseiller à un patient d'entrer en psychothérapie ou de consulter un psychiatre : mais il ne sera pas ce psychothérapeute ou ce psychiatre. Cependant, dans la reconnaissance que nous souhaitons établir de la dimension psychologique de l'intervention odonto-stomatologique, nous ne pouvons oublier que, pendant le temps d'une cure odonto-stomatologue, s'est effectuée une certaine psychothérapie ; les dents du patient ont pu être modifiées, son psychisme aussi. Nous croyons que c'est à chacun d'apprécier "jusqu'où il peut aller trop loin" selon la formule de Jean COCTEAU (discours de réception à l'Académie Française), dont la citation ne devrait pas laisser croire que nous n'incitons pas chacun à la prudence.

L'illustration de tout ce qui précède pourrait être trouvée dans l'usage que l'odonto-stomatologue est susceptible de faire des termes et de la pratique de la suggestion et de l'hypnose. La distinction des deux termes est classique, notamment dans la pratique odonto-stomatologique ; il se peut cependant qu'il ne s'agisse que d'une différence de degré, puisque l'hypnose est un état où la suggestion agit plus facilement et plus totalement. Or, l'hypnose fut le procédé psychothérapique le plus volontiers utilisé à la fin du XIXème siècle. CHARCOT, BERNHEIM puis JANET

s'en firent les champions et FREUD, sous l'influence des deux premiers, l'utilisa au début de sa carrière. On considérait alors que l'essentiel était de guérir les malades et l'on n'était pas trop regardant sur le choix des moyens. FREUD n'obtenait pas cependant, quant à lui, par cette pratique, des résultats très brillants, peut-être parce qu'il résistait à ce que le procédé supposait d'emprise et d'aliénation du thérapeute sur son patient. On peut même dire que la résistance à l'utilisation de l'hypnose fut, chez FREUD, le point de départ de la découverte de la méthode psychanalytique qui en est, à certains égards, l'exact contrepied : l'analyste conseille la relaxation, mais il ne met pas en état d'hypnose et il suggère rien. Certes, il existe encore aujourd'hui des utilisateurs de l'hypnose dans une perspective qui est toujours celle de CHARCOT et de BERNHEIM. On rencontre également chez certains psychanalystes l'acceptation de techniques d'hypnose, mais pour certains cas déterminés et de toutes manières en dehors de la cure. (Par exemple, l'analyste Léon CHERTOK a bien rédigé un ouvrage sur l'hypnose). Malgré cela, il demeure certain que la perspective psychothérapique moderne se fonde sur un refus de l'intervention autoritaire du thérapeute sur son patient, c'est-à-dire un refus du "directivisme", que ce soit à l'état de veille ou de sommeil.

Nous ne voyons pas très bien à ce moment-là comment un odonto-stomatologiste pourrait être à la fois directif dans son intervention au fauteuil - et il doit l'être - et non directif dans l'horizon psychothérapique de cette même intervention : la volonté d'être à la fois l'un et l'autre devrait en toute logique, à ce qu'il nous semble, conduire à neutraliser purement et simplement le psychologique. Etant donné cependant qu'il se trouve condamné par sa pratique même à un certain directivisme en matière d'interventions odonto-stomatologiques, un très important problème va donc se poser constamment à lui - et pour chaque patient - qui nous paraît être de l'ajustement de ce directivisme psychologique aux réalités psychiques présentées par ailleurs et qui justifient chez le psychologue moderne la non-directivité. Une fois de plus apparaît le paradoxe de l'odonto-stomatologiste, qui se trouve placé en perpétuel porte à faux vis-à-vis de la plupart des grandes disciplines. Rien n'est jamais simple pour lui, dont chacun des actes - et même en apparence mineurs - doit le plus souvent faire l'objet d'un compromis. Et toute l'habileté de sa

pratique va résider dans une meilleure et plus totale investigation des divers et multiples facteurs intervenant chaque fois simultanément, afin d'être placé dans les meilleures conditions cliniques pour en négocier une conduite ou une thérapeutique avec - et quelquefois contre - son patient, et pour son plus grand bien, justifiant alors de la sorte, si besoin était, la classique, l'habituelle attitude directiviste de l'odonto-stomatologiste.

L'observation clinique odonto-stomatologique, dont c'est le rôle, prend cette fois une toute autre dimension, et les scrupules dont nous venons de faire preuve - et que nous reconnaissons volontiers comme signe d'une réactivité assez obsessionnelle, - loin de nous interdire de pousser plus avant l'étude de la situation psychologique, nous auront permis de situer plus précisément notre intention.

C'est que l'odonto-stomatologiste a un rôle social extrêmement important à jouer.

Nous connaissons bien déjà l'efficacité de son action et le prix que les médecins accordent à sa collaboration en matière de dépistage de certaines grandes diathèses pathologiques, qu'il permet souvent de saisir à leur stade initial, avant même que la maladie n'ait eu le temps de commettre d'irréparables ravages. La bouche, chacun le sait, n'est plus seulement de nos jours "le casier sanitaire de l'enfance".

Nous savions aussi l'intérêt certain au plan des relations humaines, dans un monde où l'absence quasi totale - parfois et pour des individus de plus en plus grand nombre - de possibilités de communication avec autrui se fait sentir d'une manière de plus en plus angoissante, l'intérêt donc des échanges qui s'établissent entre le patient et son praticien - odonto-stomatologiste - traitant au cours des longs tête-à-tête nécessités (le plus souvent) par les soins. De ces séances, le langage n'est fort heureusement pas banni.

Voici que s'éclaire maintenant une nouvelle facette de ses responsabilités déjà grandes : celle d'assister psychologues et psychiatres, de plus en plus nécessaires à l'équilibre de notre civilisation, et de moins en moins disponibles pour les affections et troubles mineurs. Il apparaît de plus en plus souhaitable de ce fait que l'enseignement de nos étudiants soit repensé de telle sorte que les futurs praticiens arrivent à leur vie

professionnelle mieux préparés à cette tâche, aussi exaltante qu'utile, à la condition - nous n'y insisterons jamais trop - qu'elle ne soit ni écrasante, ni nuisible, faute de ne les avoir pas suffisamment préparés à l'accomplir (1).

(1). - L'hypothèse que nous faisons et selon laquelle il ne doit pas exister d'approche purement anatomique ou morphologique d'un trouble dentaire, mais que l'on doit toujours considérer le substrat physiologique et psychologique du trouble, pourrait être mise en lumière de la manière suivante, dont nous reconnaissons volontiers le caractère théâtral : Faut-il soigner toutes les caries et obturer systématiquement toute cavité ?

Un argument considérable peut-être apporté en faveur d'une réponse affirmative : c'est qu'on n'a rarement vu une cavité dentaire se reboucher spontanément. Mais alors, l'obturation suppose qu'il faut qu'une dent soit entière, même si elle ne l'est pas naturellement. Nous ne prétendons pas détruire une telle idée. Toutefois, dès lors qu'on s'engage dans une direction de recherche et de pratique où la psychologie doit jouer son rôle, on peut se demander si la reconstitution à tout prix ou la prothèse ne comportent pas quelques désavantages. Nous croyons savoir que certains psychologues et rééducateurs d'avant-garde, en présence d'un enfant apparemment déficitaire sur le plan de l'intelligence, se retiennent de stimuler systématiquement ses possibilités intellectuelles : en effet, ils peuvent à bon droit redouter qu^é, si l'enfant consent à se donner une vision intelligente du monde, il ne perde par ailleurs son équilibre affectif. Si les troubles dentaires de tel patient sont la seule expression actuelle du désordre de la personnalité, la guérison de ces troubles peut avoir pour conséquence, à long terme, un déplacement de ces désordres, et l'apparition, avec la bénédiction de l'odonto-stomatologiste, d'affections plus graves, bien qu'extérieures au monde de la denture. Cela ne signifie pas que le praticien qui se donne cette hypothèse doive alors se retenir de toute intervention, ladite intervention ne devenant concevable - dans cette optique - qu'accompagnée de l'incitation faite au patient de prendre le conseil et l'appui d'une compétence en matière de troubles de la personnalité.

En conclusion de ce chapitre.

Les propos que nous venons de tenir, dans ce qu'ils ont d'élémentaire et de caricatural, ne doivent pas faire oublier - bien au contraire - cet impératif méthodologique de tout ce qui relève de la psychologie, notamment clinique, à savoir que :

- aucun type ne se rencontre à l'état pur ;
- il existe tous les intermédiaires ou toutes les oscillations concevables d'un type à l'autre ;
- les types au demeurant sont des modèles abstraits forgés au niveau d'idéologies ;
- rares sont les individus - pour ne pas dire aucun - parfaitement et totalement figés ;
- cela vaut tout aussi bien pour les patients et pour les praticiens eux-mêmes soumis aux fluctuations exigées par le contexte contemporain.

Ce que nous disons là, qui n'est rien d'autre qu'un appel à la demande, rejoint les conclusions négatives que nous avons apportées, notamment au moment de l'établissement de la grande fiche d'observation d'enfants inadaptés : il n'est pas possible d'enfermer une personnalité ou une relation dans un schéma parfaitement abstrait et cependant rigoureux.

Cela ne veut pas dire pour autant que l'Observation Clinique prônée dans nos Ecoles et enseignée à nos étudiants afin de leur servir - inconsciemment - plus tard de schéma directeur pour l'investigation de leurs patients, doive se cantonner uniquement sur un plan matériel et situationnel physique, c'est-à-dire demeurer spatiale sans plus.

Toute la finesse clinique du praticien odonto- stomatologiste devra s'employer à essayer de démêler les fragiles écheveaux de la personnalité de chacun de ceux qu'il aura la lourde charge, mais aussi la profonde joie, de soigner, ajoutant de la sorte à sa pratique une véritable dimension psychologique.

CONCLUSIONS

1°) Il ne semble pas que l'on soit en droit d'affirmer l'existence de perturbations de l'appareil bucco-dentaire spécifique, de façon significative, de troubles du comportement ou de l'intelligence, du moins au niveau de cet ordre d'affections que l'on rassemble d'ordinaire sous l'appellation de débilité, légère ou même moyenne.

2°) La conclusion précédente peut s'expliquer, certes, par la réalité des phénomènes observés, et recevoir également de nombreuses autres explications, en particulier : le nombre statistiquement faible des enfants examinés, la qualité des soins dont ils font l'objet ; et les difficultés d'observation dues, pour une part aux perturbations psychologiques des sujets, d'autre part aux difficultés de toute observation. Nous ne pensons pas que les remarques précédentes soient suffisantes pour qu'une théorie psychosomatique doive être révoquée en doute.

3°) Une observation, même limitée et appuyée sur un appareillage précis, ne doit pas ignorer la totalité de la situation dans laquelle elle est pratiquée, ni l'évolution éventuelle de cette situation.

4°) Toute observation, qu'elle soit d'ordre odonto-stomatologique ou, à plus forte raison, d'ordre psychosomatique ou psychologique, met en cause l'idéologie ainsi que la personnalité, aussi bien que le savoir antérieur de l'observateur. A cet égard, il est vain de tenter d'établir une fiche d'observation susceptible d'une application mécanique. L'établissement d'une telle fiche, en tous cas, reflète, comme l'observation elle-même, l'idéologie, la personnalité ainsi que le savoir antérieur de son auteur.

5°) La situation du patient sur le fauteuil est une situation privilégiée pour ce qui est de la manifestation de certains de ses troubles psychologiques. Il se trouve en fait placé dans une situation infantile, offrant inconsciemment des réactions de comportement évoquant parfois de façon très précise certaines attitudes explicites des enfants.

6°) La relation entre le patient et son praticien odonto-stomatologiste peut-être notablement infléchie suivant les troubles psychologiques

que le patient présente ainsi que, naturellement aussi, selon la personnalité de l'odonto-stomatologiste. Il en résulte donc que l'étudiant en odonto-stomatologie doit recevoir une solide formation en matière de psychologie-science, de manière à ne pas être amené à pratiquer plus tard une psychologie sauvage, avec les risques souvent graves qu'elle pourrait alors comporter.

7°) Les conditions culturelles du monde moderne, l'envahissement de tous les domaines par les thèmes psychologiques d'une part, la durée de la cure dentaire et le statut pratiquement médical accordé à l'odonto-stomatologiste de l'autre, s'ajoutent aux conditions particulières de la situation dentaire proprement dite pour faire que, dans un nombre croissant de cas, le patient formule une demande psychologique de plus en plus précisée, demande à laquelle l'odonto-stomatologiste doit réagir, sinon répondre.

8°) Toutefois la situation de l'odonto-stomatologiste est, par certains côtés, opposée à celle du psychothérapeute. Si l'odontologiste se doit effectivement d'être sensible à la condition psychologique de son travail au fauteuil ainsi qu'aux réactions de son patient qu'elle comporte, il ne saurait d'aucune façon s'instituer véritablement psychothérapeute sans renoncer par là-même à son activité d'odonto-stomatologiste.

9°) A titre de prospective cependant, s'il apparaissait que certains troubles bucco-dentaires peuvent être tenus pour des conversions somatiques de troubles psychologiques et en l'absence d'une possibilité immédiate de traitement par un psychologue qualifié, il n'est pas exclu qu'une attitude particulière de l'odonto-stomatologiste soit de nature à en limiter les manifestations. Il reste évident que la problème de l'orientation même du patient fera envisager chaque fois à l'odonto-stomatologiste l'éventualité d'adresser ce dernier à un spécialiste des troubles mentaux.

10°) Le problème nous semble en tous cas posé de savoir s'il convient de soigner sans discernement aucun toutes les affections bucco-dentaires comme si elles étaient totalement indépendantes du psychisme du patient. Le risque paraît grand qu'à soigner certains troubles locaux, même nettement structurés, on provoque simplement des déplacements de symptômes, voire une aggravation générale des troubles psychologiques.

Vu le Président de Thèse

Monsieur le Professeur

P. CERNEA

Vu le Doyen Honoraire
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

Monsieur le Professeur

G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Psychologie et connaissances générales
- 2) Psychologie, odonto-stomatologie et relation thérapeutique
- 3) Bio-électronique
- 4) Homoeopathie

La bibliographie que nous présentons ici est moins celle de cet ouvrage qu'une tentative pour mettre à la disposition de lecteur un outil de travail commode pour ses propres recherches.

Nous ne prétendons pas pour autant qu'elle soit exhaustive, ce pourquoi nous prions les auteurs qui ne s'y retrouveraient pas de bien vouloir nous excuser par avance de cette omission.

PSYCHOLOGIE ET CONNAISSANCES GENERALES

- 1 - ADLER A.
Connaissance de l'homme, Traduction Française.
Payot, Paris, 1955.
- 2 - ADLER A.
Les névroses, commentaire, observation, présentation de cas.
Aubier, Paris, 1969.
- 3 - ADLER A.
Pratique et théorie de la psychologie individuelle comparée.
Payot, Paris, 1961
- 4 - ADLER A.
La psychologie de l'enfant difficile.
Payot, Paris, 1952.
- 5 - ADLER A.
Le sens de la vie.
Payot, Paris, 1950.
- 6 - ALEXANDER F. et FRENCH T.
Psychothérapie analytique. Principes et applications.
P. U. F., Paris, 1959.
- 7 - ALLEN C.
Les découvertes modernes de la psychiatrie.
Payot, Paris, 1951.
- 8 - ALTHUSSER L.
Freud et Lacan.
Nouvelle Critique, décembre-janvier, 1964-1965.
- 9 - AMADOU R.
La science et le paranormal.
I. M. I. I., 1955 (publications de Freud reprises par le Dr Jules
EISENBUD, comptes rendus du premier colloque international de para-
psychologie, Utrecht, 1953).

- 10 - ANDRE B.
Age mental ou échelle de dispersion statistique : un double étalonnage du Binet-Simon.
Article paru dans la Revue de l'Enfance, publiée avec le concours du C.N.R.S., janvier-mars, 1966.
- 11 - ANZIEU D.
Les méthodes projectives.
P. U. F., Paris, 1960.
- 12 - ANZIEU D.
L'auto-analyse.
P. U. F., Paris, 1959.
- 13 - ANZIEU D.
Le psychodrame analytique.
P. U. F., Paris, 1956.
- 14 - ANZIEU D.
Le psychodrame chez l'enfant.
P. U. F., Paris, 1962.
- 15 - ANZIEU D.
Psychothérapie de groupe et psychodrame.
P. U. F., Paris, 1965.
- 16 - ANZIEU D. et MARTIN J. Y.
La dynamique des groupes restreints.
P. U. F., Paris, 1968.
- 17 - APIEL O.
La doctrine d'Alfred ADLER dans ses applications à l'éducation scolaire.
Payot, Paris, 1954.
- 18 - ASSOCIATION NATIONALE DES COMMUNAUTÉS D'ENFANTS.
Congrès (12e). Bourges, 15-18 février 1962. Les adolescents vivant en internat. (Conférences inaugurales par J. ROUSSELET et Mme DEJEAN et rapports des commissions de travail).
Cahiers de l'Enfance Inadaptée, Paris, 1962, n°3, décembre n° spécial pp. 3-134.

- 19 - BACHELARD G.
La poétique de la rêverie.
P. U. F., Paris, 1960.
- 20 - BARRAU B. et POSTEL J.
L'évolution psychique de l'enfant.
Les Cahiers Baillière, J.B. Baillière et Fils Editeurs, Paris, 1970.
- 21 - BARUK H.
Les troubles psychosomatiques.
Cahiers de Biothérapie, n° 25, 7ème année, mars 1970, pp. 5 à 17.
- 22 - BARUK H.
Le sentiment de la personnalité, la dépersonnalisation et la cénesthésie.
Annales Médico-Psychologiques, 1951, 2-4, pp. 393-407.
- 23 - BECK S.
Le test de Rorschach.
P. U. F., Paris, 1967.
- 24 - BENNET A.G.
Ce que Jung a vraiment dit.
Stock, Paris, 1968.
- 25 - BERGE A.
L'éducation sexuelle et affective.
Editions du Scarabée, Paris, 1948.
- 26 - BERGE A.
L'enfant au caractère difficile.
Editions Hachette (Collection "On en parle").
- 27 - BERGSON H.
L'énergie spirituelle.
P. U. F., Paris, 1940.
- 28 - BERNARD Cl.
Introduction à la Médecine Expérimentale.
J.B. Baillière et Fils, Paris 1865.
- 29 - BETTELHEIM B.
La forteresse vide.
Traduction de R. Humery, Gallimard, Paris, 1969.

- 30 - BINET A. et SIMON Th.
La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants.
A. Colin, 1936, (réimpression).
- 31 - BONAPARTE M.
La femme et son dentiste.
Revue Française de Psychanalyse.
- 32 - BONVALLET M.
Système nerveux et vigilance.
P. U. F., Paris, 1966.
- 33 - BOUCHARD R.
Le pédiatre et le monde intérieur de l'enfant.
Delachaux et Niestlé, Neuchatel-Paris, 1970.
- 34 - BOUTONIER J.
La notion d'ambivalence.
Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1938.
- 35 - BOUVET M.
Oeuvres psychoanalytiques.
I La relation d'objet.
II Résistances transfert.
Payot, Paris, 1968.
- 36 - BUCKLE D. F.
Indications du traitement en institution et en hôpital de jour.
Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. Paris, Masson, 1967,
pp. 93-103.
- 37 - CAIN J.
Les névroses expérimentales.
Editions Desclées de Brouwer, 1959.
- 38 - CAPUL M.
Les groupes rééducatifs. Préf. de Georges Amado.
P. U. F., 1969. 248 p. 17cm. 1/2 ("Paideia". Bibliothèque pratique
de Psychologie et de Psychopathologie de l'Enfant. 3ème section :
Psychiatrie infantile). Bibliographie pp. 233-246.

39 - CARTON M.

Contribution à l'étude d'une population de débiles légers et de leur devenir.

Paris, Editions A.G.E.M.P., s.d. 77-V p. tabl., graph.

Thèse - Paris - Faculté de Médecine - 1968 - n° 283.

40 - CARTON S., TOMKIEWICZ S. et DUCHE D.J.

Enquête sur le devenir de 100 enfants débiles légers hospitalisés dans un institut médico-pédagogique annexe à un hôpital psychiatrique. (In n° : Sociopsychiatrie).

Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, Paris, 1969, 17, n° 3, mars, pp. 129-144, tabl. graph.

41 - COLDEFY J.M.

Psychologie appliquée à la chirurgie.

Flammarion, Paris, 1963.

42 - CORTEZ F.

Rééducation en externat ou en internat ? (In n° ; Psycho-Pédagogie).

Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, Paris, 1969, 17, n° 1-2, janvier-février, pp. 1-10.

43 - DEBRAY-RITZEN P.

L'écolier, sa santé, son éducation.

Casterman, Collection E 3, 1970.

44 - DELAY J.

Les dérèglements de l'humeur.

P. U. F., Paris, 1946.

45 - DELAY J.

Les dissolutions de la mémoire.

P. U. F., Paris, 1942.

46 - DELAY J.

La psychophysiologie humaine.

P. U. F., Paris, 1945, (collection Que sais-je ?).

47 - DEUTSCH H.

La psychologie des femmes, tomes I et II.

P. U. F., Paris, 1949.

- 48 - DELAY J. et PICHOT P.
Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant.
Masson, Paris, 1967.
- 49 - DELAY J., PICHOT P. et PERSE J.
Méthodes psychométriques en clinique. Tests mentaux et interprétation.
Masson, Paris, 1966.
- 50 - DEVEREUX G.
Essais d'ethnopsychiatrie générale. Traduit de l'anglais par Tina Jonan
et Hensi Gobard.
Gallimard, Bibliothèque des Sciences Humaines, Paris, 1970.
- 51 - DURAND G.
Les structures anthropologiques de l'imaginaire, introduction à
l'archétypologie générale.
P. U. F., Paris, 1963.
- 52 - ERNST J.
L'inadapté social.
Journal des Sciences Médicales de Lille, Lille, 1967, 85, n° 11,
novembre, pp. 555-558.
- 53 - EY H.
La conscience.
P. U. F., Paris, 1963.
- 54 - EY H., BERNARD P., et BRISSET Ch.
Manuel de psychiatrie.
Masson 4e Edition, Paris, 1969 ⁽¹⁾.
- 55 - FARAU A. et SCHAFFER H.
La psychologie des profondeurs, des origines à nos jours.
Payot, Paris, 1960.
- 56 - FAVEZ-BOUTONIER J.
La psychologie clinique : objet, méthode, problème.
Les Cours de Sorbonne, C.D.U., 5, place de la Sorbonne, Paris Ve.
- 57 - FAVEZ-BOUTONIER J.
L'angoisse.
P. U. F., Paris, 1945.

(1) .- Prière de bien vouloir se référer au numéro 79 page 189 pour le livre de EY H., AJURIAGUERRA J. (de)
et HECAEN H. : " Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie", qui a été déclassé.

- 58 - FAVEZ-BOUTONIER J.
Les défaillances de la volonté.
P. U. F., Paris, 1945.
- 59 - FAVEZ-BOUTONIER J.
Psychologie clinique.
Payot, Paris, 1959.
- 60 - FAVEZ-BOUTONIER J.
La signification du complexe d'OEdipe.
L'évolution Psychiatrique, 1959, XXIV, 2, pp. 201-216.
- 61 - FILLOUX J.G.
La personnalité.
P. U. F., (collection Que sais-je ?), Paris, 1967.
- 62 - FOUCAULT M.
Les mots et les choses.
Gallimard, Paris.
- 63 - FRAISSE P.
Psychologie du temps.
P. U. F., Paris, 1957.
- 64 - FRAISSE P.
La psychologie expérimentale.
P. U. F., (collection Que sais-je ?), Paris, 1966.
- 65 - FRAISSE P. et PIAGET J.
Traité de psychologie expérimentale, tome I.
P. U. F., Paris, 1963.
- 66 - FREUD A.
Le moi et les mécanismes de défense.
P. U. F., Paris, 1949.
- 67 - FREUD A.
Le normal et le pathologique chez l'enfant.
Gallimard, Paris, 1968.
- 68 - FREUD S.
Essai de psychanalyse.
Payot, Paris, 1948.

- 69 - FREUD S.
Inhibition, symptôme et angoisse.
P. U. F., Traduction Française, 1951.
- 70 - FREUD S.
Introduction à la psychanalyse.
Traduction S. Jamkélévitch, Payot, Paris, 1966.
- 71 - FREUD S.
La science des rêves.
Traduction de I. Meyerson, P. U. F., Paris, 1950.
- 72 - FREUD S.
La vie sexuelle, avec une introduction de Jacques Laplanche.
P. U. F., Paris, 1969.
- 73 - FREUD S.
Trois essais sur la théorie de la sexualité.
Gallimard, Paris, 1949.
- 74 - GLOVER.
Freud et Jung.
P. U. F., Paris, 1954.
- 75 - GOLDSTEIN K.
La structure de l'organisme.
Gallimard, Paris, 1951.
- 76 - GUILLAUME P.
La psychologie de la forme
Flammarion, Paris, 1937.
- 77 - GUSDORF G.
De l'histoire des sciences à l'histoire de la pensée.
Payot, Paris, 1966.
- 78 - GUSDORF G.
Mémoire et personne.
P. U. F., Paris, 1950.

- 79 - EY H., AJURIAGUERRA J. (de) et HECAEN H.
Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie.
Hermann, Paris, 1947.
- 80 - GRUNBERGER B.
Considération sur l'oralité et la relation d'objet orale.
Revue Française de Psychanalyse, tome XXIII, n°2, 1959.
- 81 - GUYOTAT J., HOCHMAN J., PELLET J. et MARIE-CARDINE M.
Psychiatrie et formation psychologique du médecin.
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française,
LXVème session, Dijon, 1967.
Masson, Paris, 1967.
- 82 - HECAEN H.
La notion de schéma corporel et ses applications en psychiatrie.
Evolution Psychiatrique, 1948, 2, pp. 75-122.
- 83 - HEUYER G.
Introduction à la psychanalyse infantile.
P. U. F., Paris, 1969.
- 84 - HORNEY K.
La personnalité névrotique de notre temps.
Traduction Française, 1953.
- 85 - JACOBI J.
L'âme et la vie.
Sélection de textes de C. G. Jung recueillis par l'auteur,
Buchet-Chastel, 1963.
- 86 - JACOBI Y.
La psychologie de Jung.
Delachaux et Niestlé, Paris, 1950.
- 87 - JAKOBSON R.
Langage enfantin et aphasie.
Editions de minuit, 1969.
- 88 - JANET P.
De l'angoisse à l'extase.
P. U. F., Alcan, Paris, 1926.

- 89 - JANET P.
L'automatisme psychologique.
Alcan, Paris, 1889.
- 90 - JANET P.
L'évolution de la mémoire et la notion du temps.
Chahine, Paris, 1929.
- 91 - JANET P.
L'évolution psychologique de la personnalité.
Chahine, Paris, 1929.
- 92 - JANET P.
Les névroses.
Flammarion, Paris, 1909.
- 93 - JONES E.
Théorie et pratique de la psychanalyse (regroupement d'études qui s'échelonnent de 1910 à 1947).
Payot, Paris, 1969.
- 94 - JUNG C.G.
Introduction à l'essence de la mythologie .
Kerenyi, Payot, Paris, 1953.
- 95 - JUNG C.G.
La psychologie de l'inconscient.
Buchet-Chastel, Paris, 1963.
- 96 - JUNG C.G.
Psychologie et éducation.
Buchet-Chastel, Paris, 1963.
- 97 - JUNG C.G.
Psychologie et religion.
Buchet-Chastel, Paris, 1960.
- 98 - JUNG C.G.
Types psychologiques.
Buchet-Chastel, Paris, 1963.

- 99 - KARDINER A.
L'individu dans sa société (Essai d'anthropologie psychanalytique).
Traduction Française, Gallimard, Paris, 1969.
- 100 - KLEIN M.
Essais de pschoanalyse 1921-45.
Payot, Paris, 1968.
- 101 - LAGACHE D.
La psychanalyse.
P. U. F., (collection Que sais-je ?), Paris, 1955.
- 102 - LAGACHE D.
L'unité de la psychologie.
P. U. F., Paris, 1949.
- 103 - LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse.
P. U. F., Paris, 1967.
- 104 - LEBOVICI S.
Une observation de psychose infantile.
Evolution Psychiatrique, fascicule IV, octobre-décembre, 1956.
- 105 - LEBOVICI S. et SOULE M.
La connaissance de l'enfant par la psychanalyse.
P. U. F.
- 106 - LECLAIRE S.
Psychanalyse.
Editions du Seuil, 1968.
- 107 - LE MOAL P.
A propos des "adolescents très difficiles".
Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, Paris, 1969, 17, n° 8, août, pp. 473-477.
- 108 - LE SHAN E.J.
Complot contre l'enfance.
Editions Stock, 1970.
- 109 - LEWIN K.
Psychologie dynamique.
P. U. F.

- 110 - LE LIVRE BLANC DE LA PSYCHIATRIE FRANCAISE.
Compte rendu des journées psychiatriques (juin 1965 et mars 1966).
Publié sous les auspices de l' "Evolution Psychiatrique", Edouard Privat, Editeur.
- 111 - MAISTRE M. de
Déficiência mentale et langage.
Editions universitaires, Paris, 1970.
- 112 - MAJORE J.
Principe de psychanalyse clinique.
Privat, Toulouse, 1970.
- 113 - MANNONI M.
L'enfant arriéré et sa mère.
Editions du Seuil, 1964.
- 114 - MARTINET A.
Le langage, Encyclopédie de la Pléiade.
N.R.F., Gallimard, Paris, 1968.
- 115 - MEYERSON E.
Du cheminement de la pensée, 3 volumes.
Alcan Editeur, (P.U.F.), Paris, 1930-1931.
- 116 - MILLET L.
L'agressivité.
Editions Universitaires, 1970.
- 117 - MONOD J.
Le hasard et la nécessité. Essais sur la philosophie naturelle et des sciences.
Editions du Seuil, Paris, 1970.
- 118 - MORENO J. L.
Psychothérapie de groupe et psychodrames.
P. U. F., Paris, 1965.
- 119 - NACHT et RACAMIER.
Les états dépressifs.
Rapport au Congrès International de Copenhague, juillet, 1959.
- 120 - NAVILLE P.
La psychologie, science du comportement.
Gallimard, Paris, 1942.

- 121 - NAYRAC P.
Eléments de psychologie.
Editions Médicales Flammarion, Paris, 1962.
- 122 - PERRON, BORELLI M. et PERRON R.
L'examen psychologique de l'enfant.
P. U. F., Paris, 1970.
- 123 - PIAGET J.
Biologie et connaissance.
Gallimard, Paris, 1967.
- 124 - PIAGET J.
L'épistémologie génétique.
P. U. F., collection " Que sais-je ?", Paris, 1970.
- 125 - PIAGET J.
Les mécanismes perceptifs.
P. U. F., Paris, 1961.
- 126 - PIAGET J.
Psychologie de l'intelligence.
Armand Colin, Paris, 1947.
- 127 - PIAGET J.
Psychologie et épistémologie.
Denoël-Gonthier, Paris, 1970.
- 128 - PIAGET J.
Sagesse et illusion de la philosophie.
P. U. F., Paris, 1965.
- 129 - PIAGET J.
Six études de psychologie.
Collection Médiations, Gonthier, Genève, 1964.
- 130 - PICHOT P.
Les tests mentaux.
P. U. F., collection "Que sais-je ?", Paris, 1954- 1967.
- 131 - PIERON H.
La sensation, guide de vie.
Gallimard, Paris, 1955.

- 132 - PLE A.
Freud et la morale.
Les Editions du Cerf, 1969.
- 133 - POLITZER G.
Critique des fondements de la psychologie.
Les Editions Rieder, Paris, 1928.
- 134 - POROT M.
L'enfant et la relation familiale.
P. U. F., Paris, 1963.
- 135 - PREVOST C. et ROCHEBLAVE-SPENLE A. M.
Leçons de psychologie générale et sociale.
Les Cahiers Baillière, J.B. Baillière et Fils Editeurs, Paris, 1968.
- 136 - La Psychologie.
Brochure du B. U. S.
Paris, 1968.
- 137 - RAUSCH de TRAUBENBERG N.
La pratique du Rorschach.
P. U. F., collection "le psychologue" Paris, 1970.
- 138 - REUCHLIN M.
Histoire de la psychologie.
P. U. F., collection Que sais-je ?, Paris, 1967.
- 139 - REY A.
L'examen clinique en psychologie.
2e Edition, P. U. F., Paris, 1964.
- 140 - RIVAUD A.
Histoire de la Philosophie.
P. U. F., Paris, 1961.
- 141 - ROBERT M.
La révolution psychanalytique (tomes I et II).
Payot, Paris, 1964.
- 142 - ROCHEBLAVE-SPENLE A. M.
L'adolescent et son monde.
Editions Universitaires, 1969.

- 143 - ROELEN S R.
Introduction à la psycho-pathologie.
Larousse, 1969.
- 144 - RORSCHACH H.
Psychodiagnostic.
Traduction française de Ombredane, A. et Mme Landau.
P. U. F., Paris, 1967.
- 145 - SARTRE J.P.
Esquisse d'une théorie des émotions.
Hermann, Paris, 1939.
- 146 - SCHUTZENBERGER A.A.
Précis de psychodrame.
Editions Universitaires, 1966.
- 147 - SPITZ R.A.
De la naissance à la parole, la première année de la vie.
Traduction française, P. U. F., Paris, 1968.
- 148 - TRAN-THONG
La pensée pédagogique d'Hensi Wallon.
P. U. F., Paris, 1970.
- 149 - VINCENT R.
Connaissance de l'enfant.
C.E.P.L., Denoël, Paris, 1969.
- 150 - WESCHLER D.
La mesure de l'intelligence de l'adulte.
P. U. F., Paris, 1956.
- 151 - ZAZZO, GILLY et BERBA-RAD
Nouvelle échelle métrique de l'intelligence : test de développement
mental pour enfant de 3 à 14 ans.
Tome I : premier principe de construction et d'utilisation.
Tome II : technique d'application.
Colin-Bourrelier, 1966.

PSYCHOLOGIE, ODONTO-STOMATOLOGIE ET RELATION THERAPEUTIQUE

- 152 - ACHT B.
Que pouvons-nous attendre de la psychodynamie en prothèse.
Revue Belge de Stomatologie, n° 4, 1957, p. 657 à 662, 6 réf. bib.
- 153 - ACKERMANN R. et POMPIANS L.
Stomatologie et psychiatrie.
Actualités Odonto-Stomatologiques, n° 57, mars 1962, p. 89 à 97.
- 154 - ALEXANDER F.
La médecine psychosomatique.
Traduction française, Payot, Paris, 1962.
- 155 - ALLENDY R.
La dentition et l'inconscient.
Revue mensuelle Suisse d'Odonto-Stomatologie,
N° 12, décembre 1941, p. 983 à 988.
- 156 - ALLENOY R. et J.
La dent, fonction de la personnalité de l'individu.
Médecine et Hygiène, n° 519, 11 octobre 1961, p. 761
(Extrait de l'Ouvrage Capitalisme et Sexualité).
- 157 - ANQUETIL E.
Deux cas curieux d'obsession mentale.
La semaine Dentaire, n° 2, 11 janvier 1931, p. 27 à 31.
- 158 - BACAO LEAL J.
Quelques conseils sur le traitement des enfants, point de vue
psychologique.
Revista Portuguesa de Estomatologia e Chirurgia Maxilo-Facial,
N° 3-4, juillet-décembre 1963, pp. 61-65.
- 159 - BALINT M.
Le Médecin, son Malade et la Maladie.
Traduction J.P. Valabrega, Payot Editeur, 1968.
1ère éd. juillet 1956, 2ème éd. octobre 1963.

160 - BAONVILLE

La peur de la douleur. Quelques notions nouvelles en psychiatrie en rapport avec la phobie du dentiste.

Revue Belge de Médecine Dentaire, 21 (2), 1966, pp. 119-128.

161 - BARROS

A bâtons rompus sur la "psychologie" et la "psychopédagogie" appliquées à notre art.

La Semaine Dentaire, 19 octobre 1924, p. 1032 à 1085.

162 - BAUTRUCHE J.

Analyse factorielle et neurologique du geste de fraisage d'une cavité.

L'Information Dentaire, 36ème année, n° 48, 2 décembre 1954, p. 1527 à 1534, I schéma.

163 - BERARD R.

Eléments de psychologie concernant les soins dentaires en pratique infantile.

L'Information Dentaire, n° 4, 23 janvier 1964, pp. 250-252.

164 - BERTRAND E.H.

Contribution à l'étude de la psychothérapie en art dentaire.

L'Information Dentaire, n° 41, 11 octobre 1962, p. 3347 à 3363, 18 références bibliographiques.

165 - BESOMBES A.

Aspects psychologiques de la dentisterie infantile.

L'Information Dentaire, n° 26, 26 juin 1958, pp. 995-1003.

166 - BIEHLER-GIRAL G.

Nouvelle contribution à la connaissance de la typologie de l'enfant débile mental.

L'Orthodontie Française, 1967, p. 319.

167 - BIZE, BAUTRUCHE, FERRAND et CAVOZZI.

Analyse psychologique et psycho-physiologique de la profession de chirurgien-dentiste.

Information Dentaire, n°19, 10 mai 1956, p. 695 à 703.

168 - BOIDRON J.

Le refus de soins en Hopital Psychiatrique.

L'Odontologiste des Hopitaux, 2 (6), 1968, pp. 23-25.

- 169 - BOIDRON J.
Quelques problèmes de l'odontologiste d'un hopital psychiatrique.
L'Odontologiste des Hopitaux, I (4), septembre 1967, pp. 9-11.
- 170 - BOSS M.
Introduction à la médecine psychosomatique.
P. U. F., Paris, 1959.
- 171 - BROCHERE F.
Bases psychologiques de l'autorité du praticien sur son client.
Actualités Odonto-Stomatologiques, n° 3, 1948, p. 285 à 309, 6 illustrations.
- 172 - BROCHERE F.
Incidences psychologiques de l'appareillage en prothèse totale.
(Le Mécanicien en Prothèse Dentaire, n° 85, mai 1953, p. 11 à 13.
- 173 - BROCHERE F.
Les problèmes de la pratique quotidienne.
Edition de l'Information Dentaire, 16, rue Vignon, Paris, 1951.
(2e édition).
- 174 - BROCHERE F.
Le patient, collaborateur méconnu.
Actualités Odonto-Stomatologiques, n° 49, mars 1960, pp. 97-98.
- 175 - BRUNNER M. J.
Problèmes psychologiques dans le service dentaire scolaire.
L'Odontologie, n° 2, février 1950, p. 104 à 114.
- 176 - BUCHARD P.
Mise en condition du patient après appareillage par les facteurs mécaniques et psychiques.
Revue Française d'Odonto-Stomatologique, n° 5, mai 1963, p. 792 à 797.
- 177 - BUCHARD P., DERREMEAU.
Aperçus de médecine psychosomatique - Application à l'art dentaire.
Société Odonto-Stomatologique de l'Ouest, n° 4, décembre 1958, pp. 1-16.

178 - BUDIN P.

Pratique odontologique et psychologie.

Conférence faite à Clermont-Ferrand le 13 juin 1966, non publiée,
dans le cadre des travaux de l'Association des Chirurgiens-Den-
tistes Indépendants de la région du Centre.

179 - CAMPAN L. et ENGUILABERT A.

Conséquences psycho-pédagogiques de certaines interventions chez
l'enfant.

Anesthésie et Analgésie, n° 2, juin 1953, pp. 209-214.

180 - CHAPUT A.

La médecine psychosomatique.

L'Information Dentaire, n° 24, 14 juin 1962, pp. 2198-2199.

181 - CHERCHEVE R. et BERRANGER E.

Hypno-sophrologie en art dentaire.

Edition Privat, 1970.

182 - COHEN J. et DOUTEAU-PETEUIL M. T.

Les malpositions dentaires révélant la persistance du comportement
oral du premier âge.

Mémoire pour l'obtention de la capacité d'orthophoniste, Paris, 1969

183 - DEBESSE M.

La psychologie de la douleur chez l'enfant.

Revue Française d'Odonto-Stomatologie, juin-juillet 1966, pp. 1091-
1104, 12 références bibliographiques.

184 - DECELLE V.

Réflexion sur la psychologie de l'enfant.

La Promotion Dentaire, 2e trimestre 1967, pp. 34-40.

185 - DELANGE P.

Propos légèrement désagréables sur l'accueil que nous réservons
à nos patients.

Dentoscope, (I), octobre 1967, pp. 9-12.

186 - DEVIN R.

L'importance du facteur psychique en prothèse dentaire.

Revue Française d'Odonto-Stomatologie, n° 7, juillet-août 1958
p. 1145 à 1150.

- 187 - Documentation sur la législation professionnelle des chirurgiens-dentistes.
Supplément au n° 1 du Bulletin Officiel de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, Paris, 1962.
- 188 - DOLDER E.
Aspects psychosomatiques en art dentaire.
Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie, janvier 1950, pp. 1-27, 4 figures, 59 références bibliographiques.
- 189 - DORIER M.
Gérontologie et prothèses dentaires totales.
Médecine et Hygiène, 26 (841), 9 octobre 1968, pp. 1123-1124.
- 190 - DOUNIAU R.
Un cas de trismus psychopathique.
Revue Belge de Stomatologie, n° 4, 1947, p. 269 à 280, 18 références bibliographiques.
- 191 - DREYFUS-MOREAU J.
Traitement des céphalées psychogènes.
La Semaine des Hopitaux, n° 31, 14 mai 1954, p. 1944 à 1947, 9 références bibliographiques.
- 192 - DUBAL G.
Le dentiste et la vie affective de son client.
Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie, n° 6, juin 1943, p. 601 à 616.
- 193 - DURAND de BOUSINGEN.
Considérations psychodynamiques. La relation du chirurgien-dentiste à son patient.
La Promotion Dentaire, 2e trimestre 1967, pp. 41-45.
- 194 - DURAND de BOUSINGEN R.
Les techniques de relaxation en médecine psychosomatique (action curative et préventive).
Bulletin de la Société Odonto-Stomatologique du Rhin et de la Moselle, (27), octobre 1965, pp. 27-36.
- 195 - Entretiens avec Monsieur R. SANGIULO
(à propos de l'opération portes ouvertes à l'E.N.C.D. de Marseille).
L'Information Dentaire, n° 48, 26-11-70, pp. 4587-4599.

- 196 - Premier entretien avec Monsieur R. WEILL.
L'Information Dentaire, n° 38, 18-09-69, pp. 3403-3409.
- 197 - Deuxième entretien avec Monsieur R. WEILL.
L'Information Dentaire, n° 9, 26-02-70, pp. 821-825.
- 198 - FAREZ P.
La psychologie du somnoformisé.
Revue Odontologique, n° 9, Septembre 1903, p. 421 à 432.
- 199 - FELD M.
La psycho-chirurgie préfontale.
Association des Chirugiens-Dentistes Indépendants, n° VIII-IX,
1950, p. 24.
- 200 - FORRER J.M.
La dentistophobie.
Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie, n° 2, février 1919, p. 101 à 111.
- 201 - FOURCADE R.L.
Introduction à la chirurgie dentaire psychosomatique.
Le Chirurgien-Dentiste de France, 35 (16), 12 mai 1965, pp. 61-68.
- 202 - GABAI M.
Psycho-sophrologie et musique:
L'Information Dentaire, 50 (9), 29 février 1968, p. 862-864.
- 203 - GAGON J.P.
La psychologie appliquée à la pratique dentaire.
Journal de l'Association Dentaire Canadienne, n°2, février 1957,
p. 111 à 120, 10 figures.
- 204 - GALIPPE V.
De l'obsession dentaire.
Revue Odontologique, n°4, avril 1891, p. 125 à 137.
- 205 - GASC R.
L'homme et son dentiste.
La Semaine Dentaire, n° 37, 17 septembre 1933, pp. 933-938.
- 206 - GAUVAL V.B.
Psychothérapie et art dentaire.
Revue Française d'Odonto-Stomatologie, n° 7, juillet-aout 1958,
p. 1175 à 1177.

207 - GAY F.

Notes sur les relations chirurgien-dentiste - patient.

Le Chirurgien Dentiste de France, 38 (19), 8 mai 1968, pp. 29-33,
1 figure, 2 références bibliographiques.

208 - GERARDY L.

Quand ça ne va pas (psychologie en prothèse complète).

Acta Stomatologica Belgica, n° 4, 1963, p. 499 à 503.

209 - GUASTAMACCHIA C.

Rôle des facteurs psychologiques en tant que composants de l'équilibre fonctionnel du système stomato-gnatique (SSG).

Rassegna Internazionale di Stomatologia Pratica, 17 (6), novembre décembre 1966, p. 385-403, 207 références bibliographiques.

210 - GUGNY Ph. et KENESI M.C.

L'évolution du comportement musculaire et des rapports d'occlusion au cours de la maturation.

Communication présentée au Congrès de 1968 de la S.F.O.D.F.

L'Orthodontie Française 1968, volume 39, pp. 263-279.

Discussion : l'Orthodontie Française 1969, volume 40, pp. 275-278.

211 - GUILLIOU-MOREAU O.

Notions de psychologie en dentisterie opératoire infantile.

Première Journée d'Etude Française de Pédodontie, Paris,
18 novembre 1967.

Pédodontie Française (1a), 1, 1967, pp. 47-51.

212 - HELD R.

Le dentiste et son patient.

R.F.O.S., n°10, décembre 1958, pp. 1535-1542.

213 - HEYBERGER M.A.

Les concepts du posture et comportement d'origine psychiques intrinsèques.

Acte du Congrès, (39e) de la Société Française O.D.F., Rome,
mai 1966.

L'Orthodontie Française, 37 1966, pp. 339-343, 1 figure.

- 214 - HOGUES L.
Psychologie appliquée. Psychothérapie et psychopédagogie en art dentaire.
La Semaine Dentaire, 7 septembre 1924, p. 928 à 931.
- 215 - ISRAEL L.
Le médecin face au malade.
Edition Dessart, Bruxelles, 1968.
- 216 - JUPPE H.
Réflexions sur l'Odonto-Stomatologie en Milieu Psychiatrique.
L'Odontologiste des Hopitaux, 2 (6), 1968, pp. 5-8.
- 217 - KLEIN P.
Les doléances des porteurs de prothèses totales.
L'Information Dentaire, 50 (42), 17 octobre 1968, pp. 3725-3737,
10 références bibliographiques.
- 218 - KOUPERNIK C., DAILLY R.
Développement neuro-psychique du nourrisson.
P. U. F., Paris, 1968.
- 219 - LAMBERG.
Considérations sur la manière de préparer les enfants à recevoir les soins du dentiste.
L'Information Dentaire, n° 3, 19 janvier 1941, pp. 25-27.
- 220 - LEAL J. B.
Quelques conseils sur le traitement des enfants, point de vue psychologique.
Revue de Stomatologie, n° 6, juin 1962, p. 678 à 681.
- 221 - LECRENIER L.
Comment je soigne les enfants.
Journal Dentaire Belge, n° 4, juillet-août 1948, pp. 367-389.
- 222 - LEJOYEUX J.
L'aspect psychique en prothèse complète.
L'Information Dentaire, 49 (24), 15 juin 1967, pp. 2511-2520.
- 223 - LEMAIRE A.
L'avenir de la médecine dans son essence et dans sa pratique.
R. F. O. S., n° 4, avril 1962, pp. 459-466.

224 - LEPRETTE A.

Les comportements respectifs du dentiste et du patient au cabinet dentaire.

Bulletin de la Société Odonto-Stomatologique du Rhin et de la Moselle, n° 25, décembre 1963, pp. 35-46.

225 - LIMOGES A.

Psychologie professionnelle.

L'Information Dentaire, 50 (27), 4 juillet 1968, pp. 2758-2760.

226 - LUBESPERE A.

Contribution à l'amélioration de la thérapeutique des édentés totaux à travers l'étude du facteur psychique et de la dynamique relationnelle.

Thèse pour le Doctorat en Chirurgie Dentaire (3e cycle), présentée et soutenue publiquement à Bordeaux, le 6 avril 1970, (M.P. Benoit Professeur).

227 - MAJ G., SQAURZONI - GRILLI A.T. et BELLETI M.F.

Etude psychologique de l'enfant pendant le traitement orthodontique. Actes du Congrès (39e) de la Société Française O.D.F., Rome, mai 1966, pp. 1 à 96, 85 figures.

228 - MANNE J.

Odontophobie et orientation du cabinet dentaire.

L'Information Dentaire,

n° 13, 28 mars 1963, pp. 1128-1130,

n° 16, 18 avril 1963, pp. 1404-1408,

n° 19, 9 mai 1963, pp. 1685-1687.

229 - MARONNEAUD P.L.

Le problème psychologique et le paradoxe thérapeutique de la stomatologie infantile.

L'Information Dentaire, n° 20, 15 mai 1958, pp. 820-829.

230 - MARTY P., M'UZAN M. et DAVID Ch.

L'investigation psychosomatique.

P. U. F., Paris, 1963.

- 231 - MARTY P., M'UZAN M. et DAVID Ch.
Le médecin praticien et la psychothérapie.
Cahiers Médicaux Lyonnais, numéro spécial, 1965.
- 232 - MARX Mme.
Procédés psychiques ; présentation générale.
Revue Française d'Odonto-Stomatologie, 15 (2), février 1968,
pp. 227-234.
- 233 - MAZET M.G.
Réflexions sur les soins dentaires aux enfants.
Annales Odonto-Stomatologiques, janvier-février 1951, pp. 20-25.
- 234 - MENG H.
Importance pratique de la théorie des névroses pour la psychologie
et l'hygiène psychique en art dentaire.
Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie, n° 10, octobre 1942, p.
927 à 930.
- 235 - MENG H.
Le facteur psychique dans la médecine dentaire.
Journal de l'Association Dentaire Canadienne, n° 6, juin 1955,
p. 393 à 395.
- 236 - MONDRAGON C. de
Pratique dentaire et troubles psychiques.
Actualités Odonto-Stomatologiques, n°88, décembre 1969, pp.
429-437.
- 237 - MULLER M.C.
Orthopédie dento-faciale et orthophonie.
Mémoire en vue de l'obtention de la capacité d'orthophonie, Paris,
1969.
- 238 - NOTERMAN F.
Psychologie du patient.
Revue Belge de Stomatologie, n°2, 1954, p. 183 à 189, 7 références
bibliographiques.
- 239 - POMPIANS-MINIAC L.
Stomatologie, psychosomatique et psychiatrie.
France Médicale (1a), 27 (5), mai 1964, pp. 259-262, 264.

240 - OUBRERIE M.

La bouche, révélatrice de l'état physique "buccomancie".

La Semaine Dentaire, 7 août 1927, p. 607 à 611.

241 - OUBRERIE M.

La bouche, révélatrice de l'état physique "buccomancie".

La Semaine Dentaire, 14 août 1927, p. 621 à 624.

242 - OUBRERIE M.

La bouche, révélatrice de l'état physique "buccomancie".

La Semaine Dentaire, 21 août 1927, p. 635 à 641.

243 - PERREAULT G. et LAHAYE G.

Psychologie de l'enfant chez le dentiste.

Journal de l'Association Dentaire Canadienne, n°4, avril 1964,
p. 265 à 269.

244 - PROST P.

La psychothérapie et ses rapports avec la stomatologie.

Revue de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie de Paris, volume 6,
1932, n°7, juillet, pp. 11-26.

245 - RAGINSKY B. -B.

L'approche psychosomatique en art dentaire.

Le Journal de l'Association Dentaire Canadienne, n°11, novembre
1952, pp. 669-678, 24 références bibliographiques.

246 - RIGOLET R.

Erreurs de la prothèse et espoirs des thérapeutiques restauratrices.

Bulletin de la Société d'Odonto-Stomatologie de l'Ouest, 9ème année,
n°3, septembre 1963, pp. 1-12.

247 - RING A.

Nos patients fatigués.

Bulletin de la Société Odonto-Stomatologique du Rhin et de la Moselle,
(29), décembre 1968, pp. 45-52.

248 - RIVES J.

La psychologie dans la pratique dentaire.

Cahiers Odonto-Stomatologiques, n°3, 1954, p.29 à 43, 72 références
bibliographiques.

- 249 - RIVES J.
La psychologie dans la pratique dentaire.
La Voie Buccale, février 1956 et mars 1956.
- 250 - RIVES J.
La psychologie dans la pratique dentaire.
La Voie Buccale, avril 1956, p. 1 à 2 (fin).
- 251 - ROBERT J. M.
Eléments de génétique médicale.
Edition SIMEP, Lyon, 1968.
- 252 - ROBOVICI N., STANESCO A.
Quelques aspects d'adaptation fonctionnelle, biologique et psychique dans l'application des prothèses totales (résumé en français).
Stomatologia (Roumanie), 15 (5), septembre-octobre 1968, p. 409-416, 4 références bibliographiques.
- 253 - ROIG J.
Traitement orthodontie et psychothérapie.
Actes du Congrès (39e) de la Société Française O. D. F., Rome, mai 1966, pp. 335-338.
- 254 - ROTTEMBERG A.
Psychopathies infantiles d'origine dentaire.
Revue Française d'Odonto-Stomatologie, n°6, juin-juillet 1957, pp. 1018-1020.
- 255 - ROUCOULES L.
Temps préprothétiques des restaurations partielles inamovibles ou composites (suite et fin) IV : temps psychosomatique.
L'Information Dentaire, 46, (49), 3 décembre 1964, pp. 4487-4497, 6 figures.
- 256 - ROY M.
Importance du facteur psychologique dans le traitement des enfants.
L'Odontologie, n°3, mars 1926, pp. 147 à 152.
- 257 - SAIKALI S.
La psychologie dans les traitements bucco-dentaires des enfants.
Revue Dentaire Libanaise, juin 1950, p. 17 à 20.

- 258 - SCHNEIDER P. - B.
Psychologie médicale.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37032 A 10, 1967.
- 259 - SCHNEIDER P. - B.
Psychologie médicale.
Payot, Paris, 1969.
- 260 - SCIALOM J.
Genèse et thérapeutique de la peur.
L'Information Dentaire, n°24, 14 juin 1962, p. 2200-2204.
- 261 - SCIALOM J.
Psychopathologie de l'implanté ; formation du praticien en implantologie courante.
Les Implants Aiguilles. Premier Séminaire National, Royaumont, 5-6 octobre 1963, p. 144-151.
- 262 - SCIALOM J.
Vers un art dentaire humanisé : la psychodontologie.
L'Information Dentaire, n°26, 29 juin 1961, pp. 897-902.
- 263 - SHELDON W. H.
"La constitution physique de l'homme".
Traduction et Avant Propos du Pr A. OMBREDANE, P. U. F., Paris, 1950.
- 264 - SHELDON W. H. et STEVENS S. S.
Les variétés du tempérament.
Traduction du Pr A. Ombredane et de J. J. Grumbach, P. U. F., Paris, 1951.
- 265 - SERVAIS J.
Quelques aspects psychologiques et psycho-somatiques de la pratique odonto-stomatologique courante.
Revue Belge de Médecine Dentaire, 23 (2), 1968, pp. 171-179, 8 références bibliographiques.
- 266 - SIMONEAU J.
Le problème de l'angoisse en odonto-psychiatrie.
Odontologiste des Hopitaux (1'), 2 (7), 4ème trimestre 1968, p. 20-22.

- 267 - SINGER F.
Aperçus de psychologie odonto-stomatologique.
Revue Française d'Odonto-Stomatologie, n°3, mars 1963, p. 344 à 352, 3 références bibliographiques.
- 268 - SOYER G.
Notions de psychologie utiles à l'enseignement de notre profession.
Revue Française d'Odonto-Stomatologie, 15 (5), mai 1968, pp. 579-592, 11 références bibliographiques.
- 269 - STERN P.
Vers une thérapie psycho-somatique de l'art dentaire.
Médecine et Hygiène, n°355, mars 1957, p. 116.
- 270 - TUSQUES J.
Initiation à la psychologie médicale, à l'usage des étudiants en médecine et des médecins omni-praticiens.
Maloine, Paris, 1970.
- 271 - TUSQUES J. et RAPPAPORT S.
Comment est vécu par les étudiants en médecine l'enseignement que nous leur donnons.
Xe Colloque International de Psychologie Médicale, Rennes, 22-24 mars 1968.
- 272 - TUSQUES J. et RAPPAPORT S.
Psychologie médicale.
Tome 1, n°0, 1964, pp. 69-72, S.P.E.I. Editeur, Paris.
- 273 - VALABREGA J.P.
La relation thérapeutique malade-médecin.
Flammarion, Paris, 1962.
- 274 - VALABREGA J.P.
Les théories psycho-somatiques.
P. U. F., Paris, 1954.
- 275 - VALERY L.P.
Comment éduquer vos patients, méthode visuelle U.S.A.
Le Chirurgien Dentiste de France, 37 (31), 2 août 1967, pp. 33-36, 7 photos, 3 références bibliographiques.

276 - VAUTHIER U.

La signification psychique des dents et ses conséquences pathologiques.
Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie, n°3, mars 1939, p. 191 à
218, 16 références bibliographiques.

277 - WATRY

Traitement des dents des enfants. Les idées et les faits.
L'Odontologie, n°9, septembre 1932, pp. 549-554.

278 - WEISS E. et ENGLISH O; Spurgeon.

Médecine psycho-somatique.

Traduction D. Bourquin.

Delachaux et Niestlé, Neuchatel-Paris, 1952.

BIO-ELECTRONIQUE

- 279 - BOSSON P., SALLAZ E.-J. et VINCENT L.-C.
Développements sur la bio-électronique.
Revue de Pathologie Générale et de Physiologie Clinique, n°677,
avril 1956, pp. 643-729.
- 280 - BADIN J., ROUSTEAU M. et MARTIN J.
Sur l'existence de corrélations entre certaines constances élec-
triques sanguines (rH2 et résistivité). L'équilibre des protéines
plasmatiques et le nombre des cellules sanguines, (avec bio-
électronomètre).
Semaine des Hôpitaux (Thérap.), 1959, 1, (5 p.).
- 281 - LAVILLE Ch.
Mécanismes biologiques. De l'atome à l'être vivant.
Dunod, 2e Edition, Paris, 1950.
- 282 - LAVILLE Ch.
L'homme. Son origine, ses moyens et ses fins.
Emile Paul, Paris, 1951.
- 283 - MENETRIER J.
Rapports des mesures de pH, d'oxydo-réduction, de mobilité ionique,
avec les diathèses et les effets catalytiques - (avec appareil Vincent).
Revue de Pathologie Général et de Physiologie Clinique, 1956,
686 (12 p.).
- 284 - ROUSTEAU M.
Confrontation de trois mesures physiques avec l'aspect biochimique
et cytologique du sang circulant.
Thèse-Faculté Médecine, Paris, 1960. Président A. DOGNON,
(Tir. S. Vaillant, 2, rue du Sommerard, Paris Ve). - (44 p.).

- 285 - STEIMETZ E.P.
La bio-électronique appliquée à l'analyse chimique.
Revue de Pathologie Générale et de Physiologie Clinique, n°720,
juillet 1960, pp. 1041-1067, 13 références bibliographiques.
- 286 - VINCENT L.-Cl.
Le très grave danger des adductions d'eau.
Commune Française, février 1952, (3 p.).
- 287 - VINCENT L.-Cl.
Eau et maladies. Leur évolution.
Revue de Pathologie Comparée et d'Hygiène Générale, 1952,
636, 172 (12 p.).
- 288 - VINCENT L.-Cl.
Aperçu sur la bio-électronique.
Exposé devant la Société de Pathologie Comparée, 6 juillet 1954,
In Revue de Pathologie Comparée, 1954, 663, 121 (12 p.).
- 289 - VINCENT L.-Cl.
Possibilités de la bio-électronique. Applications universelles.
Bulletin des Ingénieurs Diplômés E. T. P.
1955, 117 (8 p.).
- 290 - VINCENT L.-Cl.
Bio-électronique. Définition des trois facteurs prhoniques pH, RH2
et rô. Potentiel d'Oxydo-réduction et rH2. Bio-électronique et
Médecine.
Revue de Pathologie Générale et Physiologique Clinique,
1956, 677 (42 p.).
- 291 - VINCENT L.-Cl.
Diagrammes : pH, rH2 et rô en biologie, médecine, alimentation.
Deuxième Conférence Internationale sur l'Electronique Médicale,
Palais de l'UNESCO, Paris, 24-27 juin 1959.
- 292 - VINCENT L.-Cl., SEVELINGES et REDDET.
La bio-électronimétrie. Bilan de santé.
Mon. des Pharm. et Lab., 1960, 409 (2 p.).
- 293 - VINCENT L.-Cl.
Importance de la Bio-Electronique pour la détermination des terrains
biologiques.
Revue Française d'Odonto-Stomatologie, 12 (8), octobre 1965, pp.
1235-1250.

HOMOEOPATHIE

294 - GALLAVARDIN J. P.

Psychisme et homoeopathie.

Notes manuscrites originales et publications recueillies et rassemblées par le Dr. E. Gallavardin, 1959.

Editions Ternet-Martin, Vienne (Isère) France, 1960.

295 - LATHOUD J. A.

Etudes de matière médicale homéopathique.

Martin et Ternet Editeurs, 1ère Edition, Vienne (Isère) France, 1932.

296 - NICOLAS M.

Psychiatrie homoeopathique.

G. Doin et Cie, Editeurs, Paris, 1968.

297 - VANNIER L.

La typologie et ses applications thérapeutiques.

I Généralités et constitutions. 3e Edition 1949.

II Les tempéraments. Prototypes et métatypes. 1955.

G. Doin et Cie, Editeurs, Paris.

298 - ZISSU R.

Matière médicale homéopathique constitutionnelle.

I Généralités, 1959.

II Les remèdes des carboniques, 1960.

III Les remèdes des phosphoriques, 1961.

IV Les remèdes des fluoriques ; des bio-types mixtes ; des sycotiques, 1964.

J. Peyronnet Editeur, Paris.

TABLE SOMMAIRE DES MATIERES

GENERALITES	Page 2
INTRODUCTION.....	Page 4
HISTOIRE D'UNE RECHERCHE.....	Page 9
QUELQUES RESULTATS DENTAIRE ET BIO- MORPHOLOGIQUES	Page I
QUELQUES RESULTATS BIO-ELECTRONIQUES.....	Page XII
ESSAI D'ELABORATION D'UNE FICHE D'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANT PLACE EN I. M. P.	Page 33
Conclusion	Page 85
A CE STADE DE NOTRE TRAVAIL	Page 91
ETUDE CRITIQUE DU RAPPORT D'EDUCATEURS	Page 94
Conclusion	Page 139
DE LA RELATION THERAPEUTIQUE.....	Page 142
Conclusion	Page 175
LES CONCLUSIONS	Page 177
BIBLIOGRAPHIE	Page 179

AVEC LES VIFS REMERCIEMENTS DE L'AUTEUR
AU CHEF DE SERVICE ET A TOUT LE PERSONNEL
DE L'ATELIER DE REPRODUCTION
DE L'ECOLE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE PARIS
(MONTROUGE)

qui a eu la charge de la composition matérielle de l'ouvrage

